

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

273

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

par

Mohamed Reza PAYA

Né le 7 Mars 1908, à Téhéran (Iran).

30 JUIN 1943

Présentée et soutenue publiquement le 19

LES

HERNIES OBTURATRICES

ÉTUDE DES OBSERVATIONS RÉCENTES
ET D'UN PROCÉDÉ OPÉRATOIRE NOUVEAU

Travail du Service du Docteur CABY
(Hôpital de Corbeil)

Président ; M. SÉNÈQUE, Professeur:

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

par

Mohamed Reza PAYA

Né le 7 Mars 1908, à Téhéran (Iran).

Présentée et soutenue publiquement le 19

LES

HERNIES OBTURATRICES

ÉTUDE DES OBSERVATIONS RÉCENTES
ET D'UN PROCÉDÉ OPÉRATOIRE NOUVEAU

Travail du Service du Docteur CABY
(Hôpital de Corbeil)

Président ; M. SÉNÈQUE, Professeur:

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
1943



LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..	LIAN.
Pathologie expérimentale comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
Hygiène et clinique de la première enfance ..	CATHALA.
Clinique des maladies des enfants	Robert DEBRE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	LEVY-VALENSI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CADENAT.
Clinique chirurgicale	MONDOR.
	QUENU.
	BROCC.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIERS.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
Professeurs sans chaire	DOGNON.
	HAZARD.
	JAYLE.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.			MM.		
AMELINE	Pathologie	chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie	médicale.
BARIETY	Pathologie	médicale.	JOANNON	Hygiène	
BESANÇON Justin..	Hydrologie.		LACOMME	Obstétrique.	
BONNET	Bactériologie		LANTUEJOUL	Obstétrique.	
BOULIN	Pathologie	médicale.	LAVIER	Parasitologie.	
BROUET	Pathologie	médicale.	LELONG	Pathologie	médicale.
BULLIARD	Histologie.		LEMAIRE	Pathologie expé- ri mentale.	
CACHERA	Pathologie	médicale.	LENEGRE	— Pharmacologie.	
CORDIER	Anatomie.		Mlle J. LEVY	Pathologie	médicale.
COSTE	Pathologie	médicale.	MARCHAL	Pathologie	chirurgicale.
JOUVELAIRE (Roger)	Urologie.		MENEGAUX	Pathologie	médicale.
DELARUE	Anatomie patholo- gique.		MOLLARET	Pathologie	médicale.
DELAY	Pathologie	médicale.	MOUQUIN	Pathologie	chirurgicale.
DESGREZ (H.)	Physique.		PATEL	Ophtalmologie.	
DESOILLE	— Médecine légale.		RENARD	Physiologie.	
DIGONNET	Obstétrique.		RENARD	Pathologie	chirurgicale.
DOGNON	Physique.		RICHET		
FEVRE	Pathologie	chirurgicale.	SICARD	Pathologie	médicale.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie	chirurgicale.	SOULIE	Obstétrique.	
GALLIARD	Parasitologie.		SUREAU	Pathologie	médicale.
GARCIN	Pathologie	médicale.	TURPIN	Pathologie	chirurgicale.
Mlle GAUTHIER- VILLARS	Anatomie patholo- gique.		WILMOTH	Pathologie	médicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie	HUGUENIN	Anatomie Patholo- gique.
CHAILLEY-BERT ..	Physiologie.	LE LORIER	— Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
HEITZ-BOYER ...	Pathologie	PIEDELIEVRE . .	Médecine légale.
	gicale.	VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
LAROCHE Guy	{	BASSET	{
BRULE		GATELLIER ...	
MOREAU		de GAUDART	
ALAJOUANINE		d'ALLAINES .	
		MOULONGUET	
		MOURE	
			Clinique chirurgi- cale.
	Clinique médicale.		

MM.	
ECALLE	{
VIGNES	
	Clinique obstétricale

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
N...	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N...	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552020_0041

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A qui je dois tout.

*Faible témoignage de mon amour
filial.*

A TOUS LES MIENS ET A MES AMIS

A Monsieur le Professeur SENEQUE

Professeur de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital de Vaugirard,

Qui m'a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

En hommage de mon respect.

À Monsieur le Professeur ROUVIERE

Professeur d'anatomie
à la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,

*Qui m'a accueilli et dirigé avec tant de
bonté.*

*En témoignage de mon respectueux dé-
vouement.*

Au Docteur CABY

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien aide d'anatomie et Chef de Clinique Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Galignani (Corbeil),

*Qui m'a inspiré et dirigé dans la rédac-
tion de cette thèse.*

*En témoignage de mon affectueuse recon-
naissance.*

À MES MAÎTRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE TEHERAN

À MES MAÎTRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FEY

A MONSIEUR LE DOCTEUR GEORGES KUSS

QUE TOUS CEUX QUI ONT PRETE LEURS
CONCOURS PENDANT NOS ETUDES TROUVENT
ICI L'EXPRESSION DE NOTRE GRATITUDE

A MES CAMARADES DE L'HOPITAL DE CORBEIL

INTRODUCTION

En 1942, nous avons pu examiner une malade que le Docteur CABY dont nous étions l'interne, avait opérée en 1941 d'une hernie obturatrice étranglée et nous avons pu constater *de visu*, en l'aidant à une nouvelle intervention pour hernie inguinale, l'absence de toute récurrence obturatrice et la fermeture complète du canal sous-pubien. Une autre malade avait été opérée aussi par lui en 1941, par la même technique et se maintenait sans récurrence depuis ce temps.

Nous nous sommes rendu compte, à la lecture de travaux antérieurement publiés, que cette observation constituait une rareté, par elle-même et par le fait que le canal sous-pubien avait été fermé suivant une technique, conçue en cours d'intervention, qui présentait l'avantage d'oblitérer la totalité du trajet herniaire. Aussi le Docteur CABY nous a confié ses deux observations et nous a encouragé à en faire le point de départ de notre thèse inaugurale.

Cette thèse qui marque la fin de nos études en France, nous reporte à douze ans en arrière quand, en Iran, nous terminions nos études médicales. Déjà, c'est dans des livres français que nous avons trouvé le meilleur de ce que nous avons appris.

Aussi, dès que les circonstances nous l'ont permis, c'est en France que nous sommes venu nous remettre au travail et le hasard a voulu que ce soit en 1939 et que nous ayons vécu ici toutes les heures douloureuses qui se sont écoulées depuis, comme si le destin s'était

plu à nous faire prendre part aux épreuves du pays auquel nous devons tant, sans nous faire oublier celui où nous sommes né. Lui aussi traverse des jours sombres que subissent là-bas tous les êtres chers que nous y avons laissés et dont nous sommes sans nouvelles depuis si longtemps.

Durant notre séjour en France, nous avons trouvé un accueil bienveillant auprès de ceux avec qui nous avons travaillé. Nous voulons les remercier ici et exprimer tout particulièrement notre reconnaissance à Monsieur le Professeur ROUVIÈRE qui nous a accueilli dans son laboratoire et y a dirigé nos études anatomiques par ses précieux conseils. Nous nous souviendrons toujours de son accueil si simple et affectueux et de son inlassable patience à nous instruire.

Nous voulons enfin remercier le Docteur CABY qui, à l'hôpital de Corbeil, pendant plus d'un an, nous a dirigé et aidé, aussi bien à la préparation de cette thèse que dans l'étude de la chirurgie. Qu'il trouve ici le témoignage de notre affectueuse gratitude.

DEFINITION - HISTORIQUE

Nous étudierons sous le nom de hernie obturatrice, l'engagement d'une portion de l'épiploon, de l'intestin, ou de tout autre viscère de l'abdomen, dans le canal sous-pubien.

On l'a également désignée sous les noms de hernie par le trou ovalaire (GARANGEOT), hernia per foramen ovale (GUNZ), hernie sous-pubienne (BERARD), hernia iliaca anterior (HESSELBACH), thyroïdeal hernia (COOPER).

C'est au milieu du XVIII^e siècle que la hernie obturatrice suscita pour la première fois des travaux écrits; mais déjà quelques auteurs avaient reconnu la lésion et peuvent se disputer l'honneur d'avoir fait pour la première fois ce diagnostic.

Suivant GUNZ, LEMAIRE de Strasbourg aurait vu le premier cas en 1718 mais il ajoute qu'avant lui, ZOEGA, chirurgien danois et CASSEBOHM, Professeur d'anatomie à Berlin, auraient rencontré des cas semblables.

De son côté, GARENGEOT attribue le premier fait observé à ARNAUD DE RONSIL, le Père en 1722. Mais aucun de ces faits ne fut publié et ce fut DUVERNEY qui, en 1724, deux ans après Arnaud, eut l'occasion de rencontrer sur le cadavre, une double hernie obturatrice et fit une communication à l'Académie Royale des Sciences avec pièce à l'appui. L'existence d'une telle lésion fut cependant contestée par RENEAULME DE LA GARENNE dans son *Essai d'un traité des hernies nommées descentes*.

En fait, c'est en 1743 que parut le premier travail imprimé sur la question. Il s'agit du *Mémoire sur plusieurs hernies singulières*, par M. DE GARENGEOT, présenté à l'Académie Royale de Chirurgie.

GARENGEOT y relate l'observation d'une « hernie d'intestin par le trou avalaire », observée en 1733 en Normandie chez une femme récemment accouchée et délivrée artificiellement par lui.

« Au bout de 4 jours, la femme se trouva si bien qu'elle « se crut en état de se lever et de marcher. — Mais comme « elle voulut descendre précipitamment trois ou quatre marches, elle fit un faux pas, tomba rudement sur les fesses « et sentit dans ce moment une douleur très violente au haut « de la cuisse droite, près de la grande lèvre. »

GARENGEOT n'est appelé qu'au troisième jour, en pleine occlusion avec vomissements fécaloïdes.

« Dans l'examen que je fis de la cuisse droite de la malade, « j'aperçus à sa partie supérieure et interne, une tumeur « longitudinale de deux travers de doigt de saillie, commençant à 1 travers de doigt de la vulve, d'où elle s'étendait « presque jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, c'est-à-dire « qu'elle avait 5 à 6 pouces de longueur. »

Le taxis réussit sur cette énorme hernie étranglée depuis trois jours.

On trouve aussi dans ce mémoire, la brève observation d'un « sellier de la rue du Sépulcre », dont la hernie avait d'abord été prise pour un abcès et qui est le premier cas connu concernant un homme.

Enfin, GARENGEOT relate l'histoire d'une hernie non étranglée dont le diagnostic fut fait par MALAVAL et l'opération exécutée avec succès par ARNAUD DE RONCIL. Nous citerons *in extenso* cette observation unique à tous points de vue et dont la technique n'est pas inférieure à celle de bien des opérations réalisées jusqu'à ces derniers temps.

« M. MALAVAL nous a fourni aussi un exemple fort remar-

« quable d'une hernie par le trou ovalaire. — Il dit qu'il
« vit l'été dernier, une demoiselle qui avait une tumeur ronde
« et inégale à la partie supérieure-interne de la cuisse gau-
« che; les accidents dont cette tumeur était accompagnée, lui
« firent soupçonner une descente. — Dès qu'il eut vu et tou-
« ché la tumeur, il reconnut que c'était une hernie par le
« trou ovalaire. — Il entreprit de la réduire et fit effective-
« ment rentrer l'intestin, mais il resta toujours quelque chose
« dans le sac herniaire qui ne put se réduire et qu'il soup-
« çonna d'être l'épiploon. Après avoir réduit cet intestin plu-
« sieurs fois dans différents jours, sans pouvoir replacer
« l'épiploon, il conseilla à la malade de voir M. ARNAUD. —
« Elle le manda et ce chirurgien reconnut d'abord la hernie
« par le trou ovalaire. — Quelque habitude qu'il eut à manier
« les hernies, il ne put réduire que l'intestin, de même que
« M. MALAVAL et dit à la malade qu'il fallait lui faire l'opé-
« ration pour amputer l'épiploon. — La demoiselle y con-
« sentit et M. ARNAUD procéda ainsi : il commença à faire
« la réduction de l'intestin, après quoi il fit une incision
« sur la tumeur, seulement à la peau et à la graisse, pour
« découvrir le sac herniaire. — Lorsqu'il l'eut découvert, il
« l'ouvrit et il y trouva une portion de l'épiploon, de la gros-
« seur d'une noix; il le coupa dans l'endroit où il passait
« entre les têtes antérieures du muscle triceps; il coupa en-
« suite une portion du sac et enfonça le reste entre les têtes
« de ce muscle. — Il garnit la plaie de bourdonnets, la pansa
« ensuite à la manière ordinaire et l'opération réussit par-
« faitement. »

Jusqu'à la thèse de PIMBET, en 1882 où on trouvera un exposé très détaillé de l'histoire, nous citerons seulement les travaux principaux :

En 1844, la thèse de VINSON, premier travail d'ensemble sur la question, publié à l'occasion de deux cas nouveaux. En 1856, la thèse de FISCHER. En 1880, l'article de NICARSE dans le Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales. Durant cette période, quelques cas isolés présentent aussi de l'intérêt : celui de DUPUYTREN

(1819), celui de ROMBERG (1848), l'opération de OBRÉ (1851), première opération de hernie obturatrice étranglée, suivie de guérison, celle de TRELAT (1872), dont la voie d'abord crurale bien réglée, est demeurée classique.

Plus tard, deux travaux sont venus éclairer la question et servent de base à tout ce qui a été fait depuis. Avant tout, le travail classique de PICQUÉ et POIRIER, paru dans la *Revue de Chirurgie* en 1891. Ensuite, le mémoire de FREDET en 1901.

Depuis le début du siècle, il n'est pas paru de travail de l'importance de celui de PICQUÉ et POIRIER. Signalons simplement une revue générale de MEYER en 1914, fondée sur 56 observations. L'étude de BONNET (1926), dont la partie diagnostic reproduit intégralement la thèse de son élève PAVLOFF (1922).

La question a été à peu près complètement épuisée du point de vue anatomique par PICQUÉ et POIRIER ainsi que FREDET. Elle n'a guère fait de progrès non plus depuis eux, du point de vue diagnostic. C'est dans les trente dernières années que par tâtonnements progressifs, la thérapeutique chirurgicale s'est précisée. Souvent à l'occasion d'une observation isolée, un opérateur a trouvé, sur le moment même ou plus tard à la réflexion, un point de technique intéressant.

Nous nous proposons dans cette étude de nous fonder sur les observations publiées dans les trente dernières années. Nous avons pu en recueillir 65, ce qui constitue un matériel suffisant pour tirer quelques conclusions. Mais surtout, ce que nous avons voulu envisager, c'est le traitement chirurgical et dans ce traitement chirurgical, ce qui jusqu'ici a été laissé au second plan, c'est-à-dire la fermeture du trajet herniaire.

La plupart des opérateurs, pris de court, se sont bornés à lever l'étranglement et ont, après coup seulement, imaginé un procédé de cure radicale, et aucune étude d'ensemble n'a envisagé la question sous ce jour.

On peut dire que seul jusqu'ici, MACHOIRE, dans sa thèse, a envisagé l'an dernier le problème de la hernie obturatrice sous cet angle mais en exposant surtout le procédé qui consiste à réséquer la branche horizontale du pubis, geste destiné, à notre avis, à lever l'étranglement plutôt qu'à prévenir la récurrence. Cette technique nous paraît seulement un procédé de nécessité et nous proposons une technique moins mutilante comme celle qui fut employée dans les deux cas qui nous ont été confiés pour cette thèse, et à cette occasion nous exposerons les diverses voies d'abord proposées jusqu'ici.

Il est temps que la hernie obturatrice prenne place dans les traités de technique, à côté des autres hernies plus fréquentes. Aussi bien, d'après une enquête que nous avons faite auprès des chirurgiens qui assurent le service de garde dans les hôpitaux de Paris, il en a été opéré depuis 1940, plusieurs cas non publiés encore.

Cette recrudescence actuelle des hernies obturatrices donne à penser que notre travail ne sera pas inutile s'il passe en revue les publications modernes et discute le traitement chirurgical. Sans prétendre épuiser la question, nous espérons que cette étude pourra faciliter le travail de ceux qui nous suivront, en les aidant dans leurs recherches.

ETUDE ANATOMIQUE

Avant de décrire l'anatomie et les rapports du canal sous-pubien qui constitue le trajet de la hernie obturatrice, il convient d'étudier les éléments ostéofibreux, musculaires et vasculo-nerveux qui entrent dans sa constitution ou sont en rapport avec lui.

LE TROU ISCHIO-PUBIEN

Constitué comme son nom l'indique, par les deux parties de l'os coxal : l'ischion et le pubis, le trou ischio-pubien est situé au-dessous de la cavité cotyloïde. Il est limité en avant et en haut par la branche horizontale du pubis, en avant par le corps du pubis appelé la lame quadrilatère (ROUVIÈRE), en dedans et en bas par la branche descendante du pubis et la branche ascendante de l'ischion, en arrière et en dehors par le corps de l'ischion et sa branche ascendante.

De forme grossièrement triangulaire dans les deux sexes, le trou ischio-pubien a trois angles : interne, postérieur, supérieur; toutefois, l'angle interne est plus ouvert chez l'homme que chez la femme, ce qui donne au trou ischio-pubien chez l'homme, la forme d'un ovale à grand axe dirigé en bas et en arrière et en dehors.

Le diamètre vertical du trou ischio-pubien (55 millimètres chez l'homme) l'emporte sur celui de la femme (50 millimètres). Au contraire, chez cette dernière, le diamètre transversal (35 à 40 millimètres) est plus grand

que chez l'homme (32 millimètres). Cette différence des diamètres du trou ischio-pubien dans les deux sexes, concorde avec la différence de diamètres du bassin chez eux : les diamètres verticaux du bassin de l'homme sont plus grands que ceux de celui de la femme et ses diamètres horizontaux sont plus petits.

Le trou ischio-pubien est limité par le bord tranchant des os qui le circonscrivent; mais en haut, sa circonférence est rompue en deux branches qui s'écartent comme celle d'un anneau brisé. Ainsi se forme à la face inférieure de la branche horizontale du pubis une gouttière : la gouttière sous-pubienne (fig. 1).

La lèvre antérieure ou cotyloïdienne (fig. 1), de cette gouttière aboutit en dedans à l'épine du pubis et donne insertion au ligament pubofémoral; la lèvre postérieure ou pelvienne se perd sur la face interne de l'os coxal.

En regard de la cavité cotyloïde se dressent deux tubercules. Le tubercule postéro-interne qui fait saillie dans l'aire du trou et donne insertion au ligament de Günz. Le tubercule postéro externe ou précotyloïdien, moins visible, situé au niveau de la corne antérieure du croissant articulaire, donne insertion à la bandelette sous-pubienne. A la partie diamétralement opposée, c'est-à-dire sur la branche ischio-pubienne, saillie un autre tubercule, tubercule obturateur antérieur où se termine un fourreau de la bandelette sous-pubienne.

La gouttière sous-pubienne est située à la face inférieure de la branche horizontale du pubis. C'est elle qui vient constituer le toit du canal sous-pubien et il a fallu dans certains cas procéder à la résection de cette partie osseuse pour lever l'étranglement d'une hernie. Aussi, en ferons-nous ici la description.

BRANCHE HORIZONTALE DU PUBIS

De direction transversale, elle fait suite en dedans au corps du pubis. Prismatique et triangulaire elle est

échancrée sur sa face inférieure par la gouttière sous-pubienne. On lui distingue en outre, une face antérieure regardant un peu en haut, et présentant la surface pectinée et une face postérieure pelvienne. Ces deux faces sont séparées par un bord tranchant, prolongement antérieur de la ligne innommée.

Nous avons pratiqué des mensurations sur des os secs afin de savoir l'épaisseur du prisme osseux qu'on pourrait être amené à réséquer en cas de nécessité. Voici les résultats que nous avons obtenus. Le diamètre antéro-postérieur croît régulièrement de dedans en dehors. Le diamètre vertical décroît de dedans en dehors sur les deux tiers de la longueur de la branche horizontale, puis il croît à nouveau. Au diamètre vertical minimum, correspond un diamètre antéro-postérieur légèrement plus large, de 2 à 3 mm. en moyenne.

Ainsi, si on pratique une section de la branche horizontale du pubis en un point qui correspond au croisement dans l'espace des deux bords de la gouttière sous-pubienne, la tranche de section osseuse mesurera :

D'avant en arrière de 12 à 22 mm. — moyenne 17 mm.

De haut en bas de 15 à 23 mm. — moyenne 19 mm.

Répetons qu'il s'agit là d'un minimum. En effet, il faut admettre qu'on pratiquera une résection osseuse d'un centimètre au moins de longueur et dans ces conditions la tranche de section osseuse externe mesure :

D'avant en arrière de 15 à 26 mm. — moyenne 20 mm.

De haut en bas de 15 à 25 mm. — moyenne 20 mm.

La tranche de section osseuse interne mesure :

D'avant en arrière de 12 à 20 mm. — moyenne 17 mm.

De haut en bas de 18 à 26 mm. — moyenne 23 mm.

En pratique donc, si l'on a bien repéré le lieu de l'ostéotomie, on pourra compter que la tranche de section osseuse aura pour diamètre de 15 à 25 mm., mais pour peu que le lieu de l'ostéotomie ne soit pas parfait.

tement choisi, il est possible qu'on trouve à réséquer une branche osseuse de 3 cm. de hauteur et même plus.

MEMBRANE OBTURATRICE

Lame fibreuse et résistante, de couleur blanc nacré, la membrane obturatrice ferme presque complètement l'aire du trou ischio-pubien (fig. 1). Ses faisceaux entrecroisés dans tous les sens sous les angles très aigus, tombent perpendiculairement ou presque sur la portion du rebord osseux où ils s'insèrent (TESTUT).

Elle s'insère sur le pourtour du trou ischio-pubien, tantôt par une insertion continue, tantôt par une base irrégulière et plus ou moins festonnée qui fait communiquer par ses hiatus le tissu cellulo-adipeux du bassin, avec celui de la région obturatrice (TESTUT).

Elle s'insère en dehors sur la demi-circonférence postéro-externe, sur le corps de l'ischion, sur le tubercule obturateur postéro-interne et un peu au-dessus de ce tubercule sur l'étendue de un centimètre; de là, les fibres se dirigent en dedans en avant et s'insèrent : les supérieurs sur la lèvre postérieure de la gouttière; les faisceaux qui viennent ensuite sur la face antérieure du corps du pubis, le reste sur la face endo-pelvienne de la branche ischio-pubienne à 5 ou 6 millimètres en dedans du bord. Si bien que sur la face endo-pelvienne la membrane est de niveau avec l'os. Sur l'autre face il existe un espace libre d'insertion entre la membrane et le pourtour du trou ischio-pubien.

La membrane obturatrice, flottante et mince dans sa moitié inférieure, pars flaccida (CORDIER et COULOUMA), est très solide dans sa partie supérieure, pars condensata, où elle est renforcée par des fibres de l'obturateur interne, de son aponévrose et de l'aponévrose du releveur de l'anus.

Sa partie toute supérieure plus condensée et plus forte,

s'insère sur le tubercule obturateur postéro-interne et va en divergeant vers un point diamétralement opposé sur la face antérieure de la branche descendante du pubis; on l'appelle : « ligament postérieur du canal sous-pubien » ou « ligament de Günz ». C'est lui le principal agent d'étranglement.

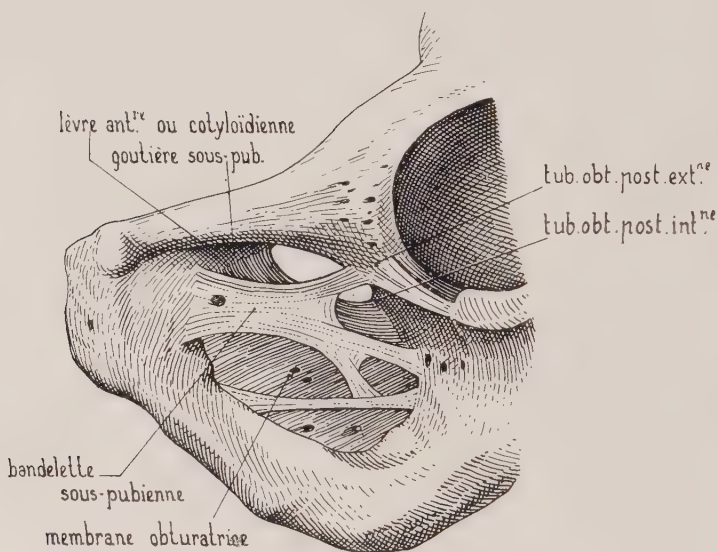


FIG. 1.

Eléments ostéo-fibreux de la région obturatrice
imité de PICQUÉ et POIRIER.

Des deux faces de la membrane obturatrice, l'interne donne en totalité insertion au muscle obturateur interne; l'externe, en haut, constitue la paroi postéro-inférieure du canal sous-pubien et en bas est en rapport, par l'intermédiaire d'une lame de tissu cellulo-graisseux, avec le muscle obturateur externe.

BANDELETTE SOUS-PUBIENNE

Dans la partie supérieure de l'aire du trou ischio-pubien, existe sur une hauteur de 2 à 3 centimètres, en avant de la membrane obturatrice, une lame fibreuse complètement indépendante de cette dernière. Cette lame nommée par VINSON « petit ligament antérieur du trou obturateur » et par FISCHER « membrane obturatrice externe » a été appelée par TESTUT « bandelette sous-pubienne », dénomination très juste d'un point de vue topographique et morphologique (fig. 1).

Cette bandelette s'insère en dehors et en arrière sur le ligament transverse de l'acétabulum et sur le tubercule précotyloïdien ou postéro-externe; de là elle se porte en dedans, parallèlement à la branche horizontale du pubis et se termine tantôt sur le corps du pubis au dessous de l'épine, au niveau du tubercule obturateur antérieur, tantôt sur la membrane obturatrice, assez souvent sur les deux. Les fibres les plus hautes gagnent la lèvre cotyloïdienne de la gouttière sous-pubienne. La bandelette sous-pubienne ainsi tendue devant l'aire du trou ischio-pubien présente deux faces : supérieure et inférieure et deux bords : antérieur et postérieur.

La face supérieure regarde la gouttière sous-pubienne.

La face inférieure donne insertion au muscle obturateur externe.

Le bord antérieur, tranchant, légèrement concave, forme à sa partie interne le rebord inférieur de l'orifice superficiel du canal sous-pubien. Il peut parfois être l'agent d'étranglement de la hernie obturatrice.

Le bord postérieur, plus mince, reste en dehors à 8 ou 10 millimètres de la membrane obturatrice; puis il s'en rapproche graduellement, l'atteint et s'unit à elle. Ainsi la bandelette sous-pubienne et la membrane obturatrice sont séparées en haut par toute la longueur de la gouttière sous-pubienne, en bas elles se rapprochent et s'unis-

sent, en dedans elles ne contractent que de faibles adhérences, en dehors elles resient séparées comme nous venons de le dire par une distance de 8 à 10 mm.

Cet espace est occupé par les éléments vasculaires et le tissu cellulo-graisseux qui unit la graisse sous-péritonéale avec la lame graisseuse qui existe entre la membrane obturatrice et le muscle obturateur externe.

En résumé, la membrane obturatrice et la bandelette sous-pubienne constituent dans leur ensemble, un angle irrégulièrement dièdre qui forme le plancher du canal sous-pubien.

La bandelette sous-pubienne, à l'inverse de la membrane obturatrice, n'est ni très solide, ni très résistante.

LIGAMENT PUBO-FEMORAL

Situé sur le même plan que les faisceaux profonds du muscle pectiné, le ligament pubo-fémoral s'insère en haut sur la partie antérieure de l'éminence ilio-pectinée, la crête pectinéale et la lèvre antérieure de la gouttière sous-pubienne. De là, ses fibres convergent et se portent en bas, en dehors et en arrière et s'insèrent sur la partie antérieure de la fossette prétro chantinienne (fig. 4).

Son insertion supérieure et la direction de ses fibres sont presque identiques à celles du muscle pectiné. Il est en effet constitué par la transformation fibreuse des faisceaux profonds de ce muscle. Son bord inférieur se poursuit par un plan fibreux résistant en haut, mince et plutôt cellulaire en bas.

MUSCLE OBTURATEUR EXTERNE

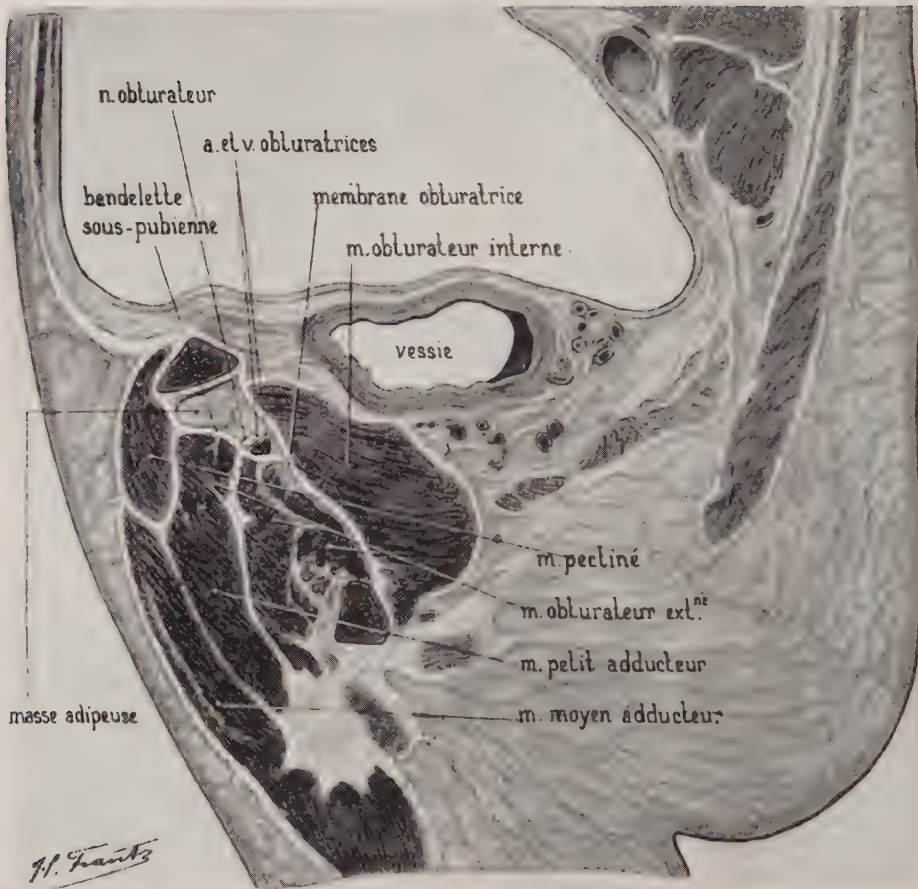
Aplati et rayonné, couché sur la face externe de la membrane obturatrice, le muscle obturateur externe s'étend de la face externe du pourtour osseux du trou

ischio-pubien et de la bandelette sous-pubienne au grand trochanter. C'est le muscle le plus important de la région qui couvre profondément à lui seul presque tout le canal sous-pubien (fig. 2).

Il s'insère : à la face externe de la bandelette sous-pubienne, à la branche horizontale, à la face antérieure de la lame quadrilatère, à la branche descendante du pubis, ou aux branches ascendante et descendante de l'ischion. Cette insertion empiète de quelques millimètres sur la face pelvienne seulement dans la moitié inférieure du pourtour osseux du trou ischio-pubien jusqu'à la ligne d'attache de la membrane obturatrice. De là, ses fibres convergent en contournant la face inférieure de l'articulation coxo-fémorale pour aller s'insérer dans le fond de la cavité digitale du grand trochanter.

Au-dessous de la bandelette sous-pubienne et dans l'aire de la moitié inférieure du trou ischio-pubien, le muscle est séparé de la membrane obturatrice par une lame de tissu graisseux, plus développée en arrière qu'en avant. Cet espace est, par l'intervalle qui reste entre la membrane obturatrice et la bandelette sous-pubienne, en continuité avec la graisse du canal sous-pubien.

Le muscle obturateur externe est assez souvent traversé par la branche profonde ou postérieure du nerf obturateur accompagnée de quelques ramifications vasculaires. Certains auteurs (PICQUÉ et POIRIER), se basant sur le passage fréquent de ces branches vasculo-nerveuses et la formation d'étroites fissures ont connu pour ce muscle, des faisceaux différents; CORDIER et COULOUMA attribuent au muscle un faisceau infra-spinal, bien séparé du reste, qui s'insère au-dessous de l'épine du pubis et qui reçoit un filet nerveux séparé : le nerf supérieur de l'obturateur externe. Mais d'autres (ROUVIÈRE, TESTUT) considèrent ces interstices musculaires et le passage de la branche profonde du nerf obturateur comme très variables et inconstants.



LE MUSCLE OBTURATEUR INTERNE

Ce muscle, anatomiquement, n'appartient pas à la région ischio-pubienne mais, au point de vue de la hernie obturatrice et de la constitution du canal qui donne passage au sac herniaire, son étude, ainsi que celle du péritoine pariétal, nous paraît indispensable.

Muscle aplati et rayonné, couché sur la face endo-pelvienne de la membrane obturatrice (fig. 2 et 3), l'obturateur interne s'étend de la cavité pelvienne à la partie supéro-interne du grand trochanter.

Il s'insère : 1° sur la face interne de la membrane obturatrice et l'arcade fibreuse qui borde l'entrée du canal sous-pubien; 2° sur la face interne de la lame quadrilatère du pubis et de sa branche descendante, la face interne du corps et de la branche ascendante de l'ischion; 3° sur cette surface quadrilatère qui est située entre le trou ischio-pubien en bas, la ligne innommée en haut, et s'étend en arrière jusqu'au voisinage du bord antérieur de la grande échancrure sciatique; 4° de la face externe de l'aponévrose qui le recouvre. De cette large surface d'insertion, les faisceaux se portent en convergeant vers la petite échancrure sciatique et changeant brusquement de direction, s'infléchissent en dehors, vers le grand trochanter.

Par sa face externe, il est en contact avec la membrane obturatrice et l'os coxal. Sa face interne est recouverte par son aponévrose (fig. 3), lame fibreuse formée des fibres propres naissant du périoste des branches et des corps du pubis et de l'ischion, de la ligne innommée et du bord antérieur de la grande échancrure sciatique. Cette face est divisée en deux parties : une supérieure pelvienne, une inférieure périnéale, par l'insertion apparente de l'arcade tendineuse du releveur de l'anus (fig. 3). Cette insertion, qui s'étend presque horizontalement du pubis à l'épine sciatique, n'est qu'un

épaississement aponévrotique; en réalité, l'aponévrose du releveur se confond avec l'aponévrose de l'obturateur interne et remonte avec elle jusqu'à la ligne innominée. Ce muscle est innervé par le nerf de l'obturateur interne, branche du plexus sacré.

LE CANAL SOUS-PUBIEN

Conduit ostéo-fibreux de 20 à 25 m/m de longueur (TESTUT), de 30 m/m (PICQUÉ et POIRIER), on lui distingue un orifice profond ou postérieur, pelvien, un orifice superficiel ou antérieur, pubien.

ORIFICE PROFOND : ovalaire à grosse extrémité postérieure à grand axe parallèle à la branche horizontale du pubis (fig. 3 et 4), il mesure en moyenne chez la femme : de 15 à 20 m/m sur 8 à 10. Chez l'homme, ces dimensions sont réduites de moitié.

Il est limité en haut par la lèvre pelvienne de la gouttière sous-pubienne, en bas par le bord supérieur de la membrane obturatrice renforcée par les fibres de l'obturateur interne, de l'aponévrose pelvienne et par les fibres tendineuses du releveur de l'anus. L'épaississement maximum légèrement sous-jacent au bord libre est individualisé sous le nom de « ligament de Günz ».

LE CANAL a son grand axe dirigé en avant, en dedans et nettement en bas dans sa portion postéro-externe, puis presque horizontal dans sa portion antéro-interne. Il est limité en haut par la concavité inférieure de la gouttière sous-pubienne, en bas dans sa moitié postérieure, par le segment supérieur de la membrane obturatrice inclinée en bas et en dedans, doublée du muscle obturateur interne, en bas dans sa moitié antérieure par la bandelette sous-pubienne doublée par le muscle obturateur externe. Nous avons vu que les deux formations fibreuses ne se rejoignent qu'en bas et en avant et constituent un angle dièdre ouvert en haut et en arrière.

Dans la partie postérieure du canal, la membrane et la bandelette sous-pubienne ne se rejoignent pas et restent éloignées de 8 à 10 m/m. Cet espace est rempli par une lame de tissu graisseux en continuité avec le tissu graisseux du canal.

ORIFICE SUPERFICIEL : le canal sous-pubien s'ouvre par deux orifices; le supérieur, principal, le seul vraiment individualisé, est effilé et fusiforme, allongé suivant la branche horizontale du pubis. Il mesure 20 m/m de long sur 5 de haut. Il est limité en haut par la lèvre antérieure de la gouttière sous-pubienne que doublent les insertions du ligament pubo-fémoral. En bas, par le bord supérieur de la bandelette sous-pubienne.

L'orifice inférieur, accessoire, est individualisé par la branche profonde du nerf obturateur qui glisse dans une étroite boutonnière au travers des fibres de la bandelette sous-pubienne et de l'obturateur externe. Cette boutonnière séparerait, suivant PICQUÉ et POIRIER, les faisceaux supérieur et moyen de l'obturateur externe.

LE CONTENU DU CANAL

A L'ORIFICE PROFOND DU CANAL sous-pubien se groupent les éléments vasculaires et nerveux qui vont le traverser. Ce sont :

L'artère obturatrice. Celle-ci est le vaisseau le plus variable de l'organisme dans son origine (DUBREUIL-CHAMBARDEL). Dans 70 % des cas, elle naît de l'hypogastrique, seule ou associée aux autres branches. Ordinairement cependant, elle se détache de sa face antérieure et se porte en avant sur le muscle obturateur interne, dans le tissu sous-péritonéal, parallèlement à la ligne innominée entre le nerf obturateur qui descend obliquement vers elle et la veine obturatrice qui lui est sous-jacente (fig. 3). Dans 30 % des cas, elle naît de l'iliaque externe, soit au-dessus de l'épigastrique, soit par un tronc commun

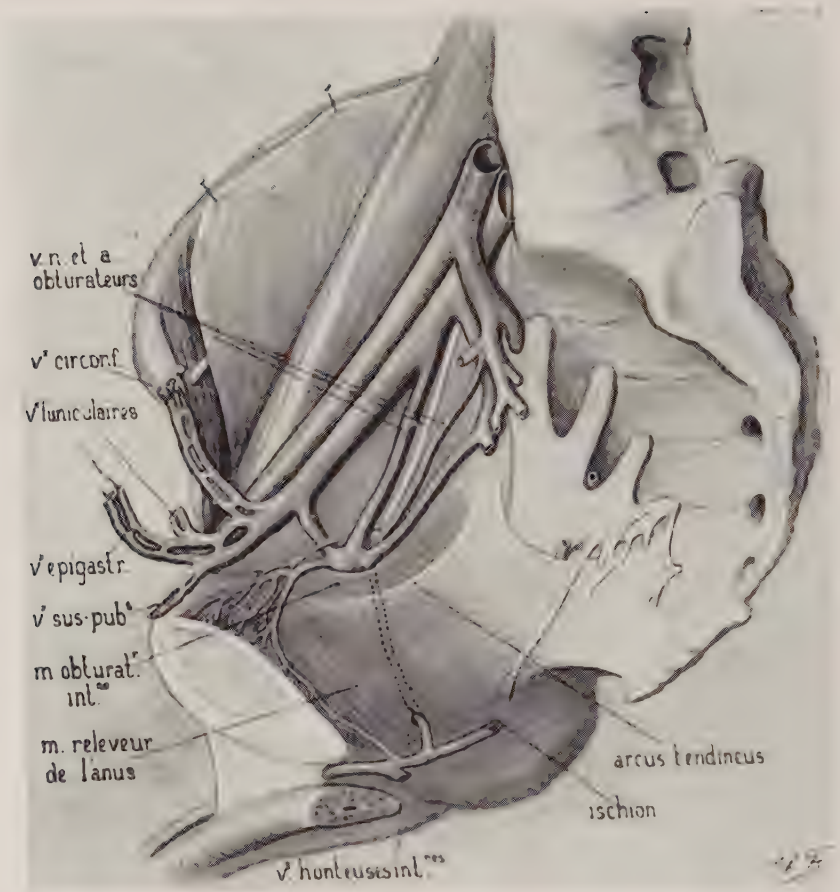


FIG. 3.

Vue endo-pelvienne, montrant les vaisseaux et le nerf obturateur, se groupant à l'orifice profond du canal. — Noter le confluent veineux.

avec elle, et plus rarement au-dessous d'elle. Exceptionnellement, elle peut naître de la fémorale pour suivre un trajet récurrent.

En dehors de deux rameaux musculaires pour les muscles iliaque et obturateur interne, l'artère va donner deux rameaux importants juste avant de pénétrer dans l'orifice profond du canal sous-pubien. Ce sont le rameau rétro-pubien et l'anastomose avec l'épigastrique.

Le rameau rétro-pubien se dirige en dedans et s'anastomose derrière le pubis avec l'opposé. Ce rameau envoie par l'intermédiaire d'un ou de plusieurs ramuscules descendant dans l'épaisseur ou sur l'une des deux faces du muscle obturateur interne, des anastomoses avec l'artère honteuse interne (FARABEUF). Par le développement anormal de l'un de ces ramuscules, l'obturatrice peut se substituer à la dernière portion de la honteuse interne. En outre, il y a des anastomoses entre le rameau rétro-pubien et les rameaux rétro-symphysaires de la honteuse interne (FARABEUF).

Le rameau anastomotique avec l'épigastrique se détache de l'obturatrice avant son entrée dans le canal, se porte de bas en haut, croise perpendiculairement la branche horizontale du pubis et se jette dans l'épigastrique à quelques millimètres au-delà de son origine. Parfois, cette branche contourne exactement le bord tranchant inférieur de l'orifice pelvien du canal (cas de FREDET et de BORCK). Il faut noter l'importance de cette disposition et la possibilité d'une grave hémorragie en cas de débridement aveugle de l'anneau d'étranglement. Le volume de ce rameau anastomotique est très variable; mince ordinairement, il prend un développement prépondérant quand l'épigastrique dessert le territoire de l'obturatrice ou, au contraire, quand l'obturatrice dessert le territoire de l'épigastrique.

La veine obturatrice sort de l'orifice pelvien du canal sous-pubien juste au-dessous de l'artère et, dès la sortie

du canal, se constitue un véritable confluent veineux obturateur, d'où se dégagent deux veines obturatrices qui se jettent : *l'inférieure* dans la veine hypogastrique, la supérieure dans la veine iliaque externe ou iliaque interne. En outre, une veine anastomotique rejoint la veine iliaque externe comme l'anastomose artérielle homologue (fig. 3). A ce confluent montent une ou plusieurs veinules à travers l'aponévrose de recouvrement de l'obturateur interne et du releveur de l'anus, une autre veine entre le bord interne du trou ischio-pubien et le muscle obturateur interne, ainsi que les veines rétro-pubiennes. Ces veines anastomosent le territoire de l'obturatrice avec celui de la honteuse interne.

Le nerf obturateur, branche du plexus lombaire, apparu au bord interne du psoas, a traversé la fosse lombosacrée, croisé l'articulation sacro-iliaque et le détroit supérieur, et suivi la paroi latérale du bassin en traversant la fossette ovarienne chez la femme. Appliqué sur l'aponévrose de l'obturateur interne, il répond au fond de la cavité cotyloïde; il reste sous-jacent à la ligne innominée et sus-jacent à l'artère. A l'orifice pelvien du canal sous-pubien, il est accolé et sus-jacent à l'artère dont il s'est rapproché progressivement au cours de son trajet pelvien (fig. 3).

En résumé, à l'extrémité externe de l'orifice profond, on trouve de haut en bas : nerf, artère, et veine superposés, englobés dans une lame de tissu graisseux sous-péritonéal qui se continue avec le tissu graisseux du canal. Cette lame graisseuse est mince chez l'homme, beaucoup plus épaisse chez la femme; un gros peloton graisseux s'engage dans le canal. Le nerf est au contact du rebord postérieur de la gouttière sous-pubienne. Un ganglion inconstant qui fait partie de la chaîne interne des ganglions iliaques externes peut se trouver à ce niveau.

Signalons une disposition anatomique exceptionnelle où l'orifice est subdivisé longitudinalement en deux ori-

fices plus petits : le supéro-externe est occupé par le nerf obturateur et une veine; l'inféro-interne par l'artère et une autre veine.

Sur l'orifice pelvien du canal vient s'appliquer, au moins dans un grand nombre de cas, le fascia ombilico-prévésical que sous-tend, en dehors, l'artère ombilicale, branche de l'hypogastrique. Cette artère croise le paquet obturateur en dehors de l'orifice, que surplombe en dedans la vessie (FREDET). Sur le fascia s'étale le péritoine pelvien qui vient s'appliquer sur l'orifice. Adhérent au péritoine, le ligament rond chez la femme ou le canal déférent chez l'homme, après être passé autour de la crosse de l'épigastrique, croise le nerf près de l'orifice profond du canal.

En regardant par l'intérieur de la cavité abdominale, on observe parfois et surtout chez la femme, une légère dépression formant une véritable fossette obturatrice, car chez la femme le péritoine pelvien est beaucoup moins tendu que chez l'homme.

DANS LE CANAL SOUS-PUBIEN, le paquet vasculo-nerveux s'étale transversalement, si bien qu'on trouve de dehors en dedans : nerf, artère et veine. Le tout est entouré de tissu graisseux qui se continue par des tractus fibreux très nets avec le tissu cellulo-adipeux sous-péritonéal.

Le nerf obturateur se divise dans le canal en ses deux branches terminales (fig. 4). Auparavant, il a donné un rameau pour le muscle obturateur externe qui se divise en deux branches : l'une sort avec le nerf obturateur ou perfore le muscle d'arrière en avant et se distribue à sa face antérieure; l'autre aborde le muscle à son bord supérieur et glisse à sa face profonde. Il existe un rameau collatéral inconstant pour le fond de l'acétabulum et le ligament rond de la hanche (DUZÉA).

L'artère à la partie moyenne du canal se divise aussi en deux branches terminales qu'accompagnent des branches veineuses satellites.

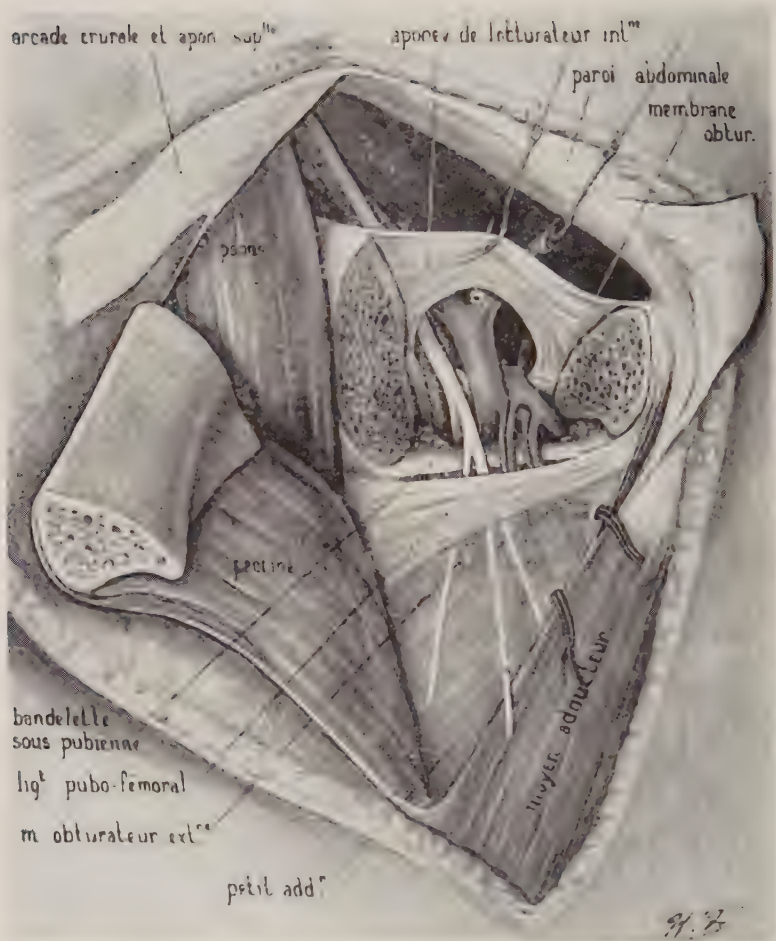


FIG. 4.

Vue antéro-supérieure du canal sous-pubien et de son contenu. On a sectionné et rabattu en dehors, la branche horizontale du pubis, en ménageant en arrière les plans fibro-périostiques. Remarquer le plan cellulo fibreux qui continue en bas le ligament pubo-femoral.

La branche interne longe le fond de la gouttière formée par la membrane obturatrice et la bandelette sous-pubienne, puis s'infléchit en bas, côtoie le bord antérieur du trou ischio-pubien en dessinant un arc qui circonscrit la moitié antérieure du trou obturateur, en arrière du muscle obturateur externe. Auparavant, elle envoie des rameaux qui sortent par l'orifice antérieur du canal et à travers le muscle obturateur externe pour s'anastomoser avec les branches de la circonflexe interne et des honteuses externes. La branche interne de l'obturatrice irrigue par des rameaux musculaires, le pectiné, le moyen et le petit adducteurs.

La branche externe oblique en dehors et en bas, croise la face profonde de la bandelette sous-pubienne et longe le rebord postérieur du trou ischio-pubien pour s'anastomoser avec la branche antérieure de l'obturatrice et constituer un cercle artériel autour du trou ischio-pubien. Elle a donné auparavant : 1° un rameau acétabulaire qui s'engage dans l'échancrure ischio-pubienne au-dessous du ligament transverse de l'acétabulum et longe le ligament rond jusqu'à la tête du fémur; 2° des rameaux musculaires pour les muscles voisins; 3° un rameau anastomotique avec l'ischiatique qui la rejoint entre le jumeau supérieur et le carré crural.

A L'ORIFICE SUPERFICIEL apparaît ainsi la branche terminale superficielle du nerf accompagnée de rameaux artériels et veineux. Masquée par le ligament pubo-fémoral, et le plan fibreux qui le prolonge en bas, elle descend en se divisant en trois rameaux musculaires pour le droit interne, le moyen adducteur et le petit adducteur. D'un de ces rameaux musculaires naît un autre rameau, sensitif, qui innerve la face interne de la cuisse jusqu'au genou et s'anastomose avec le saphène interne. C'est ce rameau qui explique la douleur particulière, irradiée au genou, provoquée par la hernie obturatrice.

La branche profonde moins volumineuse perfore l'ob-

turateur externe, créant ainsi un orifice accessoire antérieur au canal sous-pubien. Elle glisse entre petit et grand adducteur en innervant la totalité de ce dernier muscle, à l'exception du faisceau ischio-condylien. La branche profonde peut sortir aussi par l'orifice principal et, dans ce cas, l'orifice accessoire n'existe pas.

PLANS SUPERFICIELS

Il nous reste à étudier le plan musculaire qui vient masquer l'orifice superficiel du canal et qui est constitué par le muscle pectiné. Aplati et quadrilatère, ce muscle naît au niveau du pubis par deux plans : le *superficiel* se fixe sur la crête pectinéale depuis l'éminence itio-pectinée jusqu'à l'épine du pubis et au ligament de Cooper; il surélève la crête pectinéale. A ce ligament s'attache l'aponévrose de recouvrement du muscle. Le *plan profond* se fixe à la lèvre antérieure de la gouttière sous-pubienne et au ligament pubo-fémoral. Les deux lignes d'insertion se réunissent en dedans au côté externe de l'épine et sont séparées en dehors par la surface pectinéale. Ces insertions se font par implantation directe de fibres charnues, sauf au niveau de l'épine du pubis où il exisie de courtes fibres aponévrotiques.

Terminons par quelques rapports à distance :

En dehors l'articulation de la hanche.

En dedans le tendon du moyen adducteur aplati et inséré sur l'angle du pubis et la face inférieure de l'épine, le long et en dehors de la crête des adducteurs. (HOVELACQUE.)

En haut par l'intermédiaire de la branche horizontale du pubis, ce sont : de dehors en dedans : l'artère fémorale, la veine, les lymphatiques profonds de la cuisse avec les ganglions de Cloquet et le ligament de Gimbernat.

Plus haut encore, l'arcade crurale et le canal inguinal.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

TRAJET HERNIAIRE

Il a été diversement envisagé et plusieurs classifications ont été proposées. Nous nous arrêterons seulement aux deux plus simples, qui sont d'ailleurs classiques.

PICQUÉ et POIRIER, après FISCHER, ont accepté trois variétés de trajets herniaires.

1^{re} variété : la hernie parcourt le canal sous-pubien de bout en bout, en cheminant immédiatement au-dessous du pubis et en émergeant entre cet os et le bord supérieur du muscle obturateur externe.

2^e variété : la hernie traverse le canal en sortant par la boutonnière qui livre passage à la branche antérieure du nerf obturateur et quelques petits vaisseaux à travers le muscle obturateur externe et la bandelette sous-pubienne, boutonnière qui individualise, pour les anciens auteurs, dans ce muscle, les faisceaux supérieurs et moyens en les séparant.

3^e variété : la hernie descend dans l'interstice entre la membrane obturatrice et la bandelette sous-pubienne suivant la branche postérieure de l'artère obturatrice et ses veines satellites. « La tumeur repousse l'obturateur externe qui s'arrondit sur elle. » (VINSON.)

FISCHER, bien avant PICQUÉ et POIRIER, admettait une 4^e variété qui se glisserait dans l'échancrure ischio-pubienne, sous le ligament transverse de l'acétabulum. Aucune observation indiscutable n'a pu en être retrouvée.

La 1^{re} variété est de beaucoup la plus fréquente. La 3^e est exceptionnelle. Les cas de VINSON, HOWETT, ROMBERG, TATUM, JOSSE appartiennent à cette variété. Pour la 2^e, moins rare, citons les anciennes observations de HILTON, AUERBACH, SCOTT LANG, BRUNNER, LORINSER.

On a pu citer des cas de hernie mixte, c'est-à-dire à sac bilobé en quelque sorte, ou diverticulaire, si bien que la hernie procède à la fois de deux variétés (cas de CHIÈNE, CHASSAIGNAC, BORCKE).

Théoriquement, on peut imaginer une variété où le sac se glisse entre les faisceaux moyens et inférieurs de l'obturateur externe. Cette disposition est purement théorique (AUERBACH) et incite à considérer aussi comme théorique, la division de l'obturateur externe en trois faisceaux.

Il faut mentionner deux cas exceptionnels reproduits partout à l'envie : celui de CLOQUET où la hernie traversait le centre de la membrane obturatrice. PICQUÉ et POIRIER, qui ont examiné la pièce au Musée Dupuytren, nient cette variété et attribuent au 2^e groupe cette observation.

Enfin, dans le cas de BOUVIER, relaté par FIAUX, où une bride fibreuse résistante et presque transversale divisait l'orifice herniaire et était la cause de l'étranglement. Il semble qu'il s'agisse là d'un faisceau atrophié et fibreux de l'obturateur externe.

ROCHARD, après PICQUÉ et POIRIER, a donné une autre classification :

1° *hernie interstitielle* où la hernie reste engagée dans le canal sous-pubien sans atteindre l'orifice superficiel. Parfois elle descend entre l'obturateur externe et la membrane obturatrice;

2° *hernie rétropectinéale* où le sac, sorti par l'orifice superficiel du canal ou par la boutonnière du muscle obturateur externe, reste profond sous le pectiné;

3° *hernie antépectinéale* où le sac se fraye un passage

dans l'interstice séparant le pectiné et le moyen adducteur, jusqu'à devenir superficiel, sous-cutané.

Cette classification est déjà plus simple que la 1^{re}, qui a perdu maintenant tout intérêt pratique puisqu'on aborde la hernie par voie abdominale ou combinée. Il n'en était pas de même autrefois où la seule voie d'abord était crurale et où le débridement plus ou moins aveugle du collet devait tenir compte de ses rapports vasculo-nerveux différents, suivant la variété. La terminaison fatale de l'étranglement, opéré ou non, permettait souvent à l'anatomiste de préciser tout à loisir le trajet herniaire. Il n'en est plus de même maintenant. Aussi, dans les 65 observations que nous avons étudiées, deux fois seulement les auteurs (DE FOURMESTRAUX, STONES) ont précisé la variété de la hernie, qui était la 1^{re} de PICQUÉ et POIRIER. Encore est-ce à l'autopsie que dans le dernier cas la variété a été précisée. C'est pourquoi, actuellement, il nous paraît plus pratique et suffisant de diviser avec RUST les hernies obturatrices en complètes et incomplètes.

Les hernies complètes ont un double collet. Elles forment une tumeur plus ou moins grosse, plus ou moins superficielle, mais perceptible à l'examen de la région crurale et en tout cas douloureuse au palper si elles sont étranglées. Peu importe qu'elles soient sorties au-dessus ou au travers de l'obturateur externe.

Les hernies incomplètes ont un seul collet constitué par l'orifice profond du canal. Rien ne les traduit à l'examen de la racine de la *cuisse*; le pédicule n'en est accessible qu'au toucher vaginal ou rectal. Elles peuvent s'infiltrer entre membrane obturatrice et muscle obturateur externe.

Cette très simple classification anatomo-clinique doit suffire actuellement, puisque c'est en somme à elle que se sont ralliés implicitement la presque totalité des auteurs depuis trente ans.

CONSTITUTION DE LA HERNIE

LE SAC, souvent petit, ne dépasse pas les limites du canal sous-pubien ou, s'il les dépasse, son volume reste celui d'une cerise ou d'un œuf de pigeon. Dans 16 cas seulement sur 65, il y avait un sac appréciable formant une légère tuméfaction à la racine de la cuisse. Une fois, le sac était de la grosseur d'une petite pommé (SOHN). C'est là le maximum habituel qui reste loin au-dessous des anciens exemples. VELPEAU et BÉRARD citent en 1862, dans leur manuel d'anatomie chirurgicale, le cas d'une religieuse affligée d'une hernie du volume d'une tête d'adulte et OLIVARES, en 1845, une hernie descendant jusqu'au genou.

VINSON admettait que le sac était petit à l'origine et n'augmentait que peu à peu. Il existe cependant quelques rares cas où d'emblée la hernie présentait un volume considérable. PICQUÉ et POIRIER, comme VINSON, différencient la hernie de faiblesse volumineuse de la hernie de force à petit sac. Nous reverrons ces notions au chapitre étiologie.

Le sac est constitué par le péritoine. C'est là l'avis des auteurs jusqu'à FREDET, qui a constaté sur une pièce un sac à double épaisseur. La première, profonde, péritonéale; la superficielle facilement décollable de la première et de la paroi pelvienne, est formée par le fascia ombilico-prévésical compris entre l'ouraque et l'artère ombilicale. On sait que ce fascia est le vestige de l'accolement de la partie antérieure du mésocyste et du péritoine pariétal prévésical dans la vie embryonnaire (fig. 5).

Cette notion présente quelque intérêt en montrant que la hernie obturatrice n'est pas congénitale. Déjà la notion d'un sac à double épaisseur était donnée par plusieurs auteurs et en particulier par HENLE, LABBÉ, VINSON; mais comme aucune interprétation logique n'avait

pu en être donnée, on en était venu à douter de l'exactitude de cette constatation.

ROCHARD, enfin, admet que la première couche du sac, quand il est double, ne provient pas du fascia ombilico-prévésical, mais d'un tassement du tissu cellulaire autour du sac proprement dit, ainsi que COOPER l'avait expliqué pour la hernie crurale. Cette explication paraît moins juste que celle de FREDET.

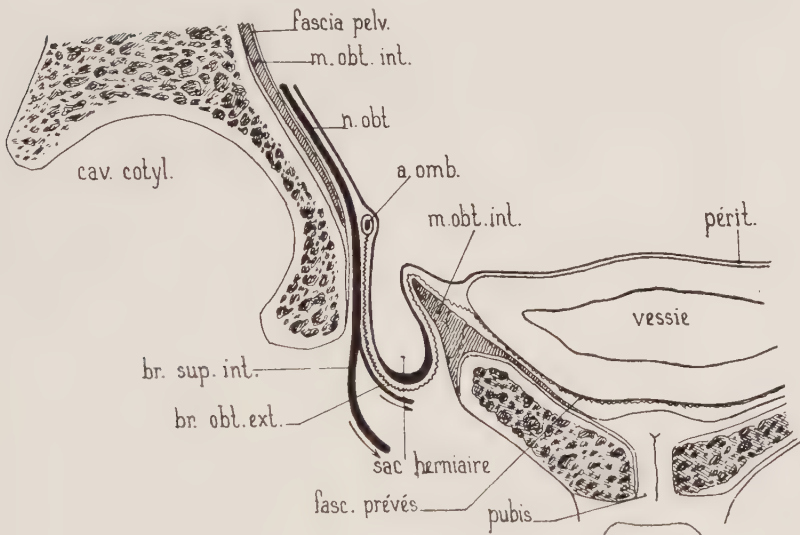


FIG. 5.

Coupe schématique horizontale de la région obturatrice passant par le canal sous-pubien, le sac herniaire et le nerf obturateur. On voit la constitution du sac, les rapports du collet avec la vessie et l'artère ombilicale. — Le fond du sac est bridé par le nerf de l'obturateur externe. — (D'après FREDET.)

Il faut noter la présence fréquente, en avant du sac herniaire, de pelotons graisseux qui lui adhèrent et qui

peuvent constituer un véritable lipome herniaire. Celui-ci peut s'enflammer et adhérer aux plans adjacents.

L'épaisseur du sac est extrêmement variable. Il peut être résistant et blanchâtre ou, au contraire, extrêmement mince. Ainsi, GERDES a cru que l'intestin se trouvait immédiatement au contact du lipome préherniaire, tellement le sac était peu visible. L'opérateur, en excisant le lipome, avait ouvert le sac sans s'en douter.

CONTENU DU SAC : A part le cas de MALAVAL cité par GARENGEOT où la hernie, non étranglée, contenait de l'épiploon adhérent, le sac de la hernie obturatrice est normalement vide. Aussi bien ne connaît-on guère jusqu'ici que 5 cas de hernie obturatrice non étranglée. Nous n'en avons relevé que 3, indiscutables, dans notre statistique, ceux de MILLIGAN, HORINE et VAN ZWALENBURG. Encore celui de HORINE concerne-t-il une récédive post-opératoire.

La description du contenu de la hernie est, en fait, le catalogue des viscères qu'on y a trouvé étranglés. C'est l'intestin grêle qui vient en tête 140 fois sur 166 pour ENGLISH; 50 fois sur 65 dans notre statistique, dont 12 cas de pincement latéral. En fait, il semble bien que le pincement latéral soit plus fréquent, mais ne soit pas toujours noté. CORNER et HUGGINS croient au pincement latéral dans 70 % des cas.

On a cité beaucoup plus rarement l'appendice (NICAISE), le diverticule de Meckel (LALLEMAND), l'épiploon isolé ou accompagnant l'intestin. Quelquefois, la vessie, mais moins fréquemment que les remarques anatomiques de FREDET n'auraient pu le faire présumer.

En dehors de l'intestin grêle, ce sont en réalité les organes génitaux féminins qui sont le plus fréquemment rencontrés, 3 fois dans notre statistique. Il s'agissait de la trompe seule (BLAXLAND); des annexes avec une anse adhérente et perforée au niveau de l'orifice profond (RICHTER); des annexes avec une anse gangrénée (SOHN). Plus anciennement, on avait déjà signalé trompe, ovaire,

ligament large, intestin grêle et même utérus coexistant dans le sac. BRUNNER raconte l'histoire d'une femme dont l'utérus se trouvait dans le sac.

Tous ces organes peuvent adhérer aux parois du sac, plus fréquemment dans la hernie obturatrice que dans les autres hernies et il est arrivé plusieurs fois d'ouvrir d'un même coup le sac et l'intestin.

La gangrène de l'intestin étranglé se propage rapidement au sac et aux parties voisines. Les vieilles observations sont fécondes en lésions terrifiantes. Ainsi, GADERMANN écrit : « Tout le sac était sphacélé et offrait « plusieurs perforations. Il était plein d'un ichor fétide « qu'on retrouvait jusqu'au milieu de la cuisse, entre les « muscles adducteurs. »

A l'inverse, il faut souligner la fréquence des étranglements anciens avec des lésions modestes. L'intestin n'était pas gangréné au bout de 11 jours (BOWLBY); 10 jours (CARAVEN). Nous avons déjà insisté sur la fréquence du pincement latéral. Remarquons à ce sujet la tolérance de certains malades à une occlusion incomplète. Le record peut être donné à la malade de RICHTER qui, en 1922, ne fut opérée qu'au bout de 50 jours, quand la tuméfaction de la racine de la cuisse, fistulisée déjà depuis 20 jours, laissa enfin écouler des matières.

RAPPORTS DE LA HERNIE

LE FOND DU SAC occupe une situation variable suivant son volume. Nous avons vu qu'il pouvait rester caché par l'obturateur externe ou en émerger pour rester entre ce muscle et le pectiné. Dans les rares cas de hernie volumineuse, le sac peut devenir sous-cutané, soit en se g'issant entre pectiné et moyen adducteur, soit en s'étendant au-dessous des adducteurs superficiels (FISCHER). Dans certains cas, le fond du sac a contracté des adhérences probablement inflammatoires avec les muscles voisins.

LE COLLET DU SAC est, à proprement parler, situé au niveau de l'orifice profond du canal sous-pubien et le bord supérieur de la membrane obturatrice constitue l'agent d'étranglement dont le débridement par voie crurale paraît aveugle et téméraire *a priori*.

Il est vrai que dans certains cas de hernie complète, des éléments fibreux de l'orifice superficiel ont pu constituer l'agent d'étranglement dont la section a permis la libération de l'anse. Mais ce qui a été recherché avec attention dans les cas où l'examen anatomique a pu être précis, ce sont les rapports de la hernie avec les éléments vasculo-nerveux du pédicule obturateur.

Nous ne pourrions guère apporter de faits nouveaux tirés des observations récentes que nous avons étudiées, car cinq fois seulement la position des vaisseaux et nerfs a été indiquée. Une fois les vaisseaux étaient au-dessus et en dehors (DE FOURMESTRAUX); une fois en arrière et en dehors (STONES); il s'agissait dans ces deux cas d'une hernie de la première variété de PICQUÉ et POIRIER. WAKELEY a vu le nerf obturateur en dedans du sac, mais ne précise pas la variété de la hernie. Enfin, JOURDAN a vu aussi deux fois les vaisseaux en dedans du collet.

Nous sommes donc forcé de nous en tenir aux anciennes statistiques. Il en ressort que le plus souvent, dans la première variété et quand l'artère naît de l'hypogastrique, vaisseaux et nerfs sont rejetés en arrière et en dehors. Cependant TRELAT a vu le paquet dissocié : artère en dehors, nerf en dedans. Par ailleurs, si l'artère vient de l'épigastrique, elle se place devant le sac (VINSON).

Dans les hernies qui traversent le muscle obturateur (2^e variété), les vaisseaux et le nerf occupent une situation plus variable, la disposition la plus fréquente plaçant le paquet vasculo-nerveux en avant du sac.

Le rameau supérieur du nerf de l'obturateur externe peut brider le sac, empêcher au moins temporairement sa

progression et être cause des douleurs névralgiques (fig. 5). FREDET même, suppose que l'existence de cette bride nerveuse peut empêcher la sortie du sac par l'orifice superficiel du canal et être cause de sa sortie à travers le muscle obturateur ou de la formation d'un diverticule entre muscle obturateur et membrane obturatrice.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

L'étiologie de la hernie obturatrice demeure peu évidente et on est réduit à relever dans les statistiques quelques causes prédisposantes qui, sans expliquer l'étiologie de la hernie, viennent indiquer dans quelles circonstances occasionnelles on peut plus fréquemment rencontrer cette forme exceptionnelle.

CAUSES PREDISPOSANTES

Il est certain que la *femme* est plus souvent atteinte que l'homme. Les diverses statistiques donnent en effet les chiffres suivants : NICAISE 87 %; BRUNNER 89 %; PIMBET 90 %; MEYER 87 %; CORNER et HUGGINS 86 %; BONNET 90 %. La nôtre donne 49 femmes pour 16 hommes, soit 75 %. Diverses explications ont été proposées. AUERBACH a insisté sur l'inclinaison plus grande du bassin chez la femme. La région sous-pubienne fait chez elle un angle de 25 à 30° avec le plan horizontal et reçoit ainsi presque perpendiculairement la poussée des viscères abdominaux. PICQUÉ fait jouer un rôle à la prédominance des diamètres transversaux du bassin dans le sexe féminin et aux plus grandes dimensions de l'orifice profond du canal. On a aussi donné quelque importance à la capacité plus grande du bassin, à une plus grande laxité du péritoine pelvien, à l'abondance du tissu adipeux. Enfin, le relâchement des tissus dû à des accouchements répétés, vient entrer en ligne de compte.

La hernie est beaucoup plus fréquente avec *l'âge*

adulte ou l'âge avancé. PIMBET, sur 60 cas, en relève : 5 de 17 à 30 ans et 55 au-dessus de 40. Pour nous, ayant ainsi mis à part 5 cas où l'âge n'était pas indiqué, nous avons :

1	cas	de	20	à	30	ans,
1	»	»	30	à	40	»
5	»	»	40	à	50	»
9	»	»	50	à	60	»
30	»	»	60	à	70	»
18	»	»	70	à	80	»
1	»	»	80	ans	et	plus.

Si on désirait savoir la fréquence en valeur relative et non en valeur absolue, il faudrait comparer ces chiffres au nombre d'individus vivants aux différents âges auxquels on a effectué ces dénombrements. On trouverait qu'en réalité la hernie obturatrice est exceptionnelle jusqu'à 50 ans, ne fait que croître en fréquence avec l'âge. Ainsi il y a grossièrement deux fois plus d'individus vivants de 60 à 70 ans, que de 70 à 80. En rapportant nos chiffres à un même nombre d'individus, on arriverait à 36 de 70 à 80 ans pour 30 de 60 à 70.

Il faut cependant citer à l'opposé, un enfant de 12 ans observé par KRONLEIN et une fillette de 2 ans chez qui BERGER a vu se développer une volumineuse hernie obturatrice à la suite d'une bronchite.

La laxité ligamentaire et le relâchement musculaire ont été admis de tous temps comme causes prédisposantes aux hernies. Déjà l'augmentation de fréquence avec l'âge est en faveur de cette opinion. On a souligné l'association du prolapsus génital et des hernies (2.392 prolapsus sur 15.786 hernies diverses d'après LAWRENCE). La hernie obturatrice en tout cas, est souvent associée à d'autres hernies. C'est ce qui ressort de toutes les statistiques et la nôtre donne 20 cas de hernies associées sur 65. MACHOIRE se demande si le prolapsus ne peut être une cause adjuvante. La traction sur les insertions pubiennes du releveur venant dilater l'orifice.

L'adiposité est discutée. La surcharge graisseuse affaiblit les plans fibreux, facilite le glissement du péritoine, alourdit le mésentaire et l'épiploon, d'où augmentation du volume viscéral et de la poussée abdominale.

Mais à l'opposé, *l'amaigrissement* paraît jouer un rôle plus important. La recrudescence actuelle considérable des hernies est en ce moment à l'ordre du jour de l'Académie de Chirurgie et d'après nos renseignements, la hernie obturatrice concourt, bien que faiblement à cette recrudescence. Il n'y a là qu'une opposition apparente avec le rôle joué par l'adiposité quand on sait que souvent, les hernies surviennent chez d'anciens obèses amaigris. En tout cas, la fonte de la graisse qui oblitère le canal sous-pubien est une cause prédisposante évidente à l'esprit et certaine en pratique.

Enfin, sans qu'on puisse en donner d'explication, la hernie obturatrice comme les autres hernies est plus fréquente à droite qu'à gauche. Le pourcentage de hernies droites est de 60 % pour VINSON, 55 % pour NICAISE et 65 % pour nous.

CAUSES DETERMINANTES

Pour qu'il y ait hernie, il faut une poussée viscérale sur un point faible. Tout le monde est d'accord sur cette théorie établie par RENAULME DE LA GARENNE depuis 200 ans. Cependant la chute ou l'effort sont plus rarement invoqués dans la hernie obturatrice que dans les autres hernies et cela donne une indication pour le mécanisme de formation de ces hernies.

MECANISME

Il est avéré que dans certains cas, tout à coup, sans aucun avertissement la hernie se montre à l'occasion d'un effort anormal. Cependant il est difficile de considérer la hernie obturatrice comme une hernie de forcé.

Son extrême rareté vis-à-vis de l'extrême fréquence qu'elle devrait avoir si elle relevait seulement d'une cause mécanique, nous incite à en faire plutôt une hernie de faiblesse. Son développement à un âge avancé, sa coïncidence avec d'autres hernies, son existence bilatérale, tout est en faveur de cette manière de voir. Et même quand elle survient chez de jeunes sujets indemnes par ailleurs, il ne paraît pas téméraire de chercher une cause locale, comme la largeur anormale de l'orifice herniaire. Mais il est d'autres causes locales qui ont été invoquées ou discutées. Beaucoup d'auteurs anciens (JOSSE, ROESER, CRUVEILHIER, VINSON, NICAISE, etc.) ont remarqué au cours d'autopsies ou de dissections, la présence d'un infundibulum à l'orifice profond du canal et ont conclu que la hernie se produisait dans un sac préformé. La présence de sacs déshabités dans le trajet sous-pubien avait fait tirer la même conclusion par VINSON. Cette opinion est trop exclusive et la présence d'un sac préformé n'apparaît pas comme une nécessité pour la production de hernie.

Par ailleurs on a discuté pour savoir si l'introduction dans le trajet d'un diverticule du péritoine était due à la traction exercée par le lipome herniaire qui, on l'a vu, est constant et relié au tissu sous-péritonéal par de nombreux tractus cellulux. Cette théorie émise pour la première fois par PELLETAN dès 1780 pour d'autres hernies, et reprise par CLOQUET, a été étendue par LINHART à la hernie obturatrice. A l'opposé, on a soutenu que c'était la disparition du lipome chez les gens amaigris (TRELAT) qui permettait au péritoine de pénétrer dans le canal. Enfin, SCHMITT et AUERBACH, ont cru que le lipome dilatait l'orifice, mais la consistance de la graisse n'est pas assez ferme pour dissocier les ligaments normalement résistants.

En somme, presque tous les auteurs s'accordent sur l'importance du lipome dans le mécanisme mais non sur le processus de ce mécanisme.

Diverses opinions ont été émises pour expliquer l'engorgement assez fréquent de la trompe, de l'ovaire et même de l'utérus dans le sac. CHIENE à propos de son cas, a admis que le ligament large se place devant l'orifice herniaire et est entraîné par la poussée viscérale amenant avec lui les organes génitaux. Il explique ainsi dans son observation, l'existence de deux sacs superposés, le superficiel formé par le péritoine pariétal, le profond par le ligament large. Nous croyons plutôt avec PICQUÉ et POIRIER que le ligament rond si proche de l'orifice profond, glisse avec le péritoine pariétal dans le sac et entraîne à sa suite les organes génitaux.

Peut-être faut-il voir une cause analogue dans l'observation de MARSHALL concernant un homme qui avait subi l'ablation des vésicules séminales pour des douleurs génitales. On peut imaginer que les tiraillements exercés sur le déférent, étaient cause de ces douleurs mais il est difficile de tenir compte de cette observation où la preuve opératoire de l'existence de la hernie, n'a pas été faite.

Quant au mécanisme de l'étranglement, il est le même que pour les autres hernies et nous n'y insisterons pas. On a voulu voir dans les adhérences de l'intestin au péritoine pariétal, la cause de la fréquence relative des pincements latéraux. Bien des observations où l'intestin n'était nullement adhérent viennent infirmer cette hypothèse et nous considérons que l'étroitesse de l'orifice et le peu de capacité du trajet, sont des explications suffisantes.

ETUDE CLINIQUE

HERNIE OBTURATRICE NON ETRANGLEE

Rarement on a eu l'occasion d'examiner un malade atteint de hernie obturatrice non étranglée et d'en faire le diagnostic. Nous n'en avons trouvé dans la littérature que cinq exemples dont un est douteux. Ce sont le cas de MALAVAL que nous avons cité dans cette thèse et plus récemment ceux de VAN ZWALENBURG, MILLIGAN, HORINE et MARSHALL. Encore dans ce dernier cas, l'absence d'opération rend le diagnostic incertain et nous n'en tiendrons que relativement compte.

Il est bien compréhensible que nous ne possédions pas plus de documents sur la question. La profondeur du trajet herniaire, le peu de volume du sac au début, le peu de gravité des accidents, tout concourt à égarer le médecin. On pourrait dire sans se tromper que l'histoire de la hernie obturatrice est celle de ses accidents.

Cependant il nous est possible de tracer un tableau de la hernie obturatrice, non étranglée, en tenant compte, outre les cinq cas cités plus haut, des symptômes relevés rétrospectivement chez des malades opérés pour étranglement, symptômes dont on a pu apprécier ultérieurement la valeur.

Quels sont les signes fonctionnels qui amènent le malade à consulter? Il s'agit souvent de troubles digestifs plus ou moins nets qui témoignent de crises passagères de *subocclusion* : crises de coliques avec parfois des vomissements et de la constipation; les crises débutant et cessant brusquement. Elles peuvent se répéter pendant

des années sans aboutir à l'étranglement vrai. Ainsi, dans le cas de KRONLEIN elles se sont répétées pendant 25 ans; 20 ans dans celui de HILTON. Parfois même il y a un véritable étranglement comme chez cet homme cité par KAUFMANN, qui vit céder ses symptômes à la suite d'un lavement, pour récidiver d'ailleurs peu après. La malade de VAN ZWALENBURG se plaignait de temps en temps, de crises de coliques qui étaient soulagées par la position du membre inférieur en flexion.

Un signe plus évocateur est constitué par la douleur à type de *névralgie obturatrice*; nous y reviendrons dans l'étude de l'étranglement où on l'a particulièrement étudié. Citons seulement quelques exemples. La malade de VAN ZWALENBURG présentait depuis des années des douleurs de la partie supéro-interne de la cuisse, irradiant au genou. Celle de BUSULENGA souffrait depuis trois ans. La malade de MILLIGAN souffrait une à deux fois par jour de névralgies obturatrices interrompues par la rotation externe de la cuisse. Enfin, celui de MARSHALL se plaignait du genou gauche et de la moitié gauche du pénis depuis deux ans. La douleur cessait en position assise ou couchée. Cette névralgie obturatrice est certainement le signe le plus évocateur de la hernie de ce siège. Il faut penser à la névralgie dans la douleur de la cuisse ou de genou et rechercher d'autres symptômes de hernie,

L'examen peut en effet, révéler *une tumeur*. Son siège est variable. Tantôt et le plus souvent, il ne s'agit que d'une tuméfaction imprécise (car masquée par le pectiné), juste au-dessous du pubis, en dedans des vaisseaux fémoraux. Tantôt la tumeur est plus nette, plus superficielle dans la région des adducteurs à la partie supéro-interne de la cuisse. Chez la femme, on l'observe au voisinage de la grande lèvre dans sa partie supérieure et externe. Le volume est extrêmement variable. Il peut diminuer la nuit et augmenter le jour (ESCHENBACH). Il peut augmenter progressivement jusqu'à celui d'une tête d'adulte (VELPEAU et BERARD).

Il s'agit d'une tumeur herniaire. Elle est donc molle, réductible, avec ou sans gargouillement, subit l'impulsion à la toux. La hernie observée par MALAVAL n'était que partiellement réductible car de l'épiploon adhérerait dans le sac.

Dans les quatre cas récents de hernie obturatrice non étranglée que nous avons cités, on signale une douleur à la pression de l'orifice superficiel du canal sous-pubien.

Un cas extrêmement curieux est celui de THOYER-ROZAT et CODET où le diagnostic fut fait par l'examen radiologique, à la suite d'un examen baryté du transit intestinal. Il persista pendant 24 heures, une tache opaque dans le canal sous-pubien. La malade se plaignait de digestions lentes, de douleurs épigastriques et de régurgitations acides. Le cas n'a pas été vérifié chirurgicalement.

Mais comme nous le disions en commençant, l'histoire de la hernie obturatrice est celle de ses accidents. Déjà les crises du subocclusion traduisent un étranglement passager et dans notre statistique, les quatre cas de hernie non étranglée sont peu de chose devant les 62 autres compliquées d'étranglement.

HERNIE OBTURATRICE ETRANGLEE

Dans la majorité des cas, une occlusion intestinale vient révéler une hernie jusque-là méconnue ou au contraire, étranglée d'emblée. C'est le tableau classique de l'occlusion du grêle avec ses vomissements abondants, son ballonnement médian, son péristaltisme, son clapotage à la succussion abdominale, et nous n'y insisterons pas. Cependant, il n'y a pas toujours occlusion complète dès le début et les exemples abondent, de malades opérés au bout d'une longue période d'occlusion et qui guérissent comme ceux de CARAVEN et de KAUFMANN, où on n'est intervenu qu'au bout de 10 jours. Nous avons sou-

ligné la fréquence du pincement latéral et cela vient expliquer comment l'étranglement peut être longtemps supporté et même aboutir à la fistulisation intestinale. On cite le cas de ROCHET (1891), où le malade n'eut aucun trouble du transit et où ce fut seulement l'autopsie qui révéla une putréfaction des adducteurs qu'était venue causer une fistule intestinale. La malade de RICHTER présentait une fistule qui ne donna des matières qu'au 50^e jour, par ulcération secondaire d'une anse grêle adhérente à l'orifice interne du canal.

Dans ce cas, comme dans celui de BLAXLAND, c'était la trompe qui était étranglée. Il n'y avait donc pas d'occlusion, mais une tumeur dure et douloureuse à la racine de la cuisse, causée par la gangrène de la trompe étranglée.

Mais avec ou sans occlusion, il est un symptôme caractéristique qui, lorsqu'il existe, doit faire rapporter les accidents à leur cause, c'est le *signe de Romberg*.

Ce signe, remarqué pour la première fois, en 1840, par WETHERFIELD ou par HOWSHIP suivant les auteurs, fut bien décrit et interprété par ROMBERG en 1847. Il consiste en des troubles sensitifs et même moteurs, dans le domaine du nerf obturateur. C'est d'abord une douleur fixe ou lancinante de la face interne de la cuisse et du genou, pouvant aller jusqu'au pied. Elle s'accompagne parfois d'une sensation d'engourdissement dans le même territoire. On peut en outre observer des crampes ou des spasmes douloureux des adducteurs. La cuisse se met en flexion, abduction et rotation externe quand le malade est couché. L'adduction est impossible. Tous les mouvements sont douloureux. Cette attitude vicieuse doit attirer l'attention. Ce signe a une valeur séméiologique énorme. associé à une occlusion intestinale, il doit faire faire le diagnostic. Encore faut-il parfois le déceler, car les symptômes peuvent être peu accusés, consistant seulement en une légère douleur de la face interne de la

cuisse. Il est particulièrement net dans les petites hernies.

AUERBACH, au contraire, prétendait que l'intensité du signe de Romberg était en rapport avec le volume de la hernie. BERGER le critiquant, croit qu'elle est proportionnelle au degré de la compression du nerf. Cette discussion a été éclairée par FREDET qui explique bien l'intensité et la fréquence du signe au début de la hernie, quand le sac est petit, quand les branches du nerf obturateur forment un treillis devant lui. Plus tard, en augmentant de volume, le sac luxe le nerf, en avant et en arrière. Il peut ainsi augmenter encore de volume sans tiraillements sur le nerf. Quoi qu'il en soit, on peut compter sur lui à notre avis, dans 33 % des cas. EBNOTTER comme PAVLOFF disaient 50 %. HORINE, récemment, donne le chiffre de 37 %.

L'examen est loin de montrer toujours une *tumeur herniaire* nette. Nous ne l'avons rencontrée dans notre statistique que dans 16 cas, soit 24 %. Et sur ces 16 il faut souligner que le diagnostic exact n'a été donné que 12 fois.

Il ne faut donc pas compter sur une tumeur grosse comme une pomme comme SOHN a pu le voir. Mais au contraire, il faudra rechercher par une palpation attentive, un empâtement profond à la racine de la cuisse au-dessous du pubis. On pourra ainsi obtenir à la palpation une douleur irradiée dans le domaine du nerf obturateur et réveiller des coliques abdominales. TRELAT et quelques autres ont fait le diagnostic sur ce signe.

Il ne faudra pas omettre de pratiquer un *toucher vaginal* ou *rectal*, dont l'intérêt a été signalé pour la première fois par GRUNFELD.

Sans vouloir par ce moyen, comme WERNER, prétendre réduire une hernie obturatrice, sans qu'il soit nécessaire non plus comme le veut PICQUÉ, de mettre la main entière dans le vagin, on peut recueillir de précieux renseignements. Tantôt c'est seulement la perception de

l'anse étranglée sous la forme d'une tumeur tendue immobile et douloureuse, tantôt celle d'une corde épiploïque.

Mais on peut aussi parfaitement percevoir au toucher, l'orifice profond du canal sous-pubien et réveiller une douleur obturatrice à la pression en ce lieu.

Bien que ce symptôme n'ait pas été décrit dans les hernies non étranglées, nous considérons qu'il devrait y être cherché et qu'il serait, pensons-nous, un appoint précieux pour le diagnostic.

Nous ne dirons rien de l'évolution. Elle est celle de toute hernie étranglée et nous avons déjà insisté sur la fréquence des accidents de gangrène dus à la longueur de l'évolution avant l'opération.

PRONOSTIC

L'intensité de l'étranglement, le diagnostic tardif retardant l'acte opératoire, l'âge des sujets, tout vient aggraver le pronostic. Cependant, il est vain de l'évaluer sur des faits aussi disparates que ceux qui ont fait l'objet des diverses statistiques globales publiées jusqu'ici. La nôtre n'échappe pas à ce reproche. Il est difficile d'en tirer des conclusions sur la valeur de telle ou telle méthode de traitement, quand on voit tel malade âgé, opéré au 10^e jour, ou tel autre, plus jeune et opéré dès le début de l'étranglement. Il est enfin permis de penser que les échecs sont moins souvent publiés que les guérisons. On peut seulement calculer la mortalité globale qui y est de 28 %.

Nous nous bornerons à en tirer cette conclusion, que l'étranglement d'une hernie obturatrice est une éventualité extrêmement grave. C'est tout ce que cette statistique peut prouver.

Ajoutons seulement que sur 26 hernies obturatrices étranglées où le diagnostic préopératoire fut fait, cinq seulement succombèrent et cela nous incite à faire le diagnostic exceptionnel pour éviter au malade les tâtonnements et les hésitations, génératrices de retards et d'aggravation.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la hernie obturatrice est rarement fait. Il n'y a rien d'étonnant à cela quand on connaît le nombre de hernies invisibles, non palpables, où seule, une occlusion vient éveiller l'attention.

En l'absence du signe de Romberg qui est loin d'être toujours bien interprété, il faudrait que l'orifice obturateur fut exploré, non seulement à la palpation, mais aussi par le toucher chez tout malade atteint d'occlusion et il est difficile d'exiger ce geste systématique quand on songe que bien des chirurgiens pourront dans toute leur carrière, opérer des centaines d'occlusions, sans rencontrer un étranglement dans le canal sous-pubien.

On peut admettre encore la formule que KRONLEIN écrivait en 1890 : « Le diagnostic de la hernie obturatrice non compliquée, est à peine possible; celui de la hernie obturatrice étranglée, pour le moins incertain. »

Il est des cas où le diagnostic était vraiment impossible par la coexistence d'autres signes trompeurs dus à une maladie associée. Comme les cinq cas que nous avons rassemblés de hernie crurale ou inguinale étranglée coexistante, ou le premier cas de WAKELEY, où un kyste de l'ovaire s'était tordu, peut être sous l'influence de l'étranglement herniaire.

D'autres fois, une complication vient masquer l'affection : ainsi, dans le cas de BOUVIER, cité par FIAUX, il avait une thrombose de l'artère iliaque externe et gangrène du membre inférieur. Seule, l'autopsie vient montrer la cause de la gangrène.

Si on cherche le nombre de cas où le diagnostic exact fut fait, les anciennes statistiques sont supérieures aux récentes. Ainsi a-t-on, d'une part pour GRUNFELD 42 %; pour AUERBACH, 44 % et 57 %; d'autre part pour CORNER et HUGGINS 20 % et pour nous 34 %. Peut-être est-ce dû actuellement à ce qu'on reconnaît la nécessité impérieuse et la relative bénignité de la laparotomie dans les occlusions intestinales; autrefois, avant qu'on se décide à l'intervention, le malade était plus longtemps et plus minutieusement examiné, même après que les lavements de tabac et l'ingestion de mercure en nature fussent passés de mode pour le traitement de l'occlusion.

Nous passerons sous silence le diagnostic de la hernie obturatrice non étranglée. Elle risque plus d'être méconnue que confondue.

Quant à la hernie obturatrice étranglée, son diagnostic différentiel est à envisager suivant le tableau clinique.

Premier cas. — Il y a une tumeur et des symptômes d'occlusion; on a pu faire le diagnostic d'ostéomyélite du pubis ou de collection purulente. La présence d'un signe de Romberg dans ce cas vient compliquer le diagnostic.

Si on pense à une hernie étranglée, la hernie inguinale ne prête guère à confusion. Le hernie crurale à pédicule superficiel est de diagnostic encore aisé. La hernie pectinéale si rare est de diagnostic impossible si on ne cherche pas son pédicule au bord supérieur du pubis en dehors de l'épine. La hernie périnéale bien exceptionnelle, a son pédicule en dedans de la branche descendante du pubis.

Cependant il faut connaître la coexistence possible et nous l'avons signalée déjà d'une autre hernie étranglée. Dans ces cas l'erreur est bien difficilement évitable.

Deuxième cas. — Il y a une occlusion sans tumeur

appréciable. Seul le toucher vaginal et rectal peut permettre de faire le diagnostic.

Troisième cas. — Il n'y a pas d'occlusion, mais une tumeur douloureuse. C'est le cas d'une hernie étranglée contenant la trompe par exemple; on peut penser à une tumeur inflammatoire d'origine musculaire ou osseuse, à une adénite subaiguë; le siège doit cependant éveiller l'attention.

Quatrième cas. — Il y a un signe de Romberg. Il faut reconnaître d'abord la névralgie obturatrice et ne pas attribuer à l'attitude vicieuse une origine traumatique ou à la douleur une cause rhumatismale.

Dans son trajet, le nerf peut être irrité ou comprimé. Ainsi font des lésions osseuses, ostéomyélite ou tuberculose du pubis ou du fond de l'acétabulum. Une névralgie obturatrice peut être causée par une salpingite ovarite, un phlegmon du ligament large, une adénite profonde, un néoplasme de la prostate ou de l'utérus.

Si tous ces diagnostics peuvent être envisagés, il faut surtout penser à la hernie obturatrice et en rechercher les autres signes.

TRAITEMENT

Peu de traitements sont plus discutés que celui de la hernie obturatrice et cela se conçoit aisément.

Il n'est pas besoin de dire que nous mettrons d'emblée de côté l'antique taxis qui, lui, ne se discute plus en aucun cas et que nous envisageons uniquement le traitement opératoire.

Il s'agit d'une intervention exceptionnelle qui, la plupart du temps, n'a été pratiquée qu'une fois par l'auteur de chacune des études publiées. Il s'agit aussi d'une intervention pratiquée presque toujours sur un sujet âgé, fatigué par une occlusion du grêle qui dure depuis plusieurs jours.

Ajoutons à ces difficultés que, bien souvent le chirurgien a été mis soudain en présence de la lésion dont le diagnostic n'avait pas été soupçonné. Pris de court et pris par le temps, il s'est borné à parer au plus pressé, c'est-à-dire à lever l'étranglement et traiter l'anse au prix parfois d'incisions multiples, de délabrements musculaires ou osseux. Encore cela n'a-t-il pas été toujours possible et des complications dramatiques ou fatales sont venues dans certains cas, terminer ou suivre l'intervention.

Nous n'aurons pas l'outrecuidance de critiquer ceux qui, jusqu'ici ont eu à faire face à des difficultés réelles. Même si les chirurgiens avaient eu, ce qui est impossible, une connaissance approfondie de tout ce qui avait été fait jusqu'à eux, ils n'en auraient pu tirer aucune conclusion définitive et n'en auraient gardé qu'une impres-

sion d'incertitude quant au traitement rationnel à appliquer.

Chacun a résolu le problème comme il a pu suivant les circonstances où il se trouvait. Après coup, une fois la difficulté passée, il a exposé quels obstacles il avait rencontrés, la conduite qu'il a tenue et, suivant les cas, défendu sa technique ou exposé celle qu'il aurait voulu suivre. Rendons plutôt hommage à ceux qui ont su faire profiter de leur expérience, ceux qui les ont suivis, en ayant le courage d'exposer leurs hésitations ou leurs échecs.

Pour nous, dans cette étude qui n'a aucune raison de ne pas rester sereine, nous croyons qu'il est possible d'envisager le traitement de la hernie obturatrice comme celui de toute autre hernie, quitte à étudier ensuite la conduite à tenir suivant les circonstances où on se trouve. Quel but doit-on se proposer ou, si l'on veut, quels sont les temps opératoires que comporte la cure chirurgicale de la hernie obturatrice? Ce sont, de toute évidence :

- 1° la réduction des viscères herniés,
- 2° la résection du sac,
- 3° la fermeture du canal herniaire.

Il est évident aussi que la réduction de l'intestin, quand il est étranglé, est le temps primordial, de conséquence vitale; mais une fois cette manœuvre menée à bien, il ne faut pas, croyons-nous, perdre de vue les deux autres. Une trop grande hâte à les considérer comme secondaires, trahirait surtout l'embarras où on se trouve à les réaliser. Depuis qu'il existe des procédés simples, éprouvés et classiques, pour fermer l'anneau crural ou le canal inguinal, nul ne songerait, sauf dans des circonstances exceptionnelles, à remettre à plus tard ce temps opératoire, même chez un malade fatigué ou affaibli.

Aussi sommes-nous persuadé que si une bonne voie d'abord permet de réséquer le sac et de fermer le tra-

jet herniaire, toutes les discussions doivent cesser *ipso facto*.

D'ailleurs la fermeture du canal herniaire n'est pas un luxe inutile. Qu'on en juge par deux exemples récents.

La malade de GUNDERMANN récidive au bout de 11 mois et à nouveau 4 mois plus tard. Celle de SUERMONDT, âgée de 75 ans, subit une résection intestinale et guérit. Trois mois après elle présente une hernie du côté opposé et on fixe l'ovaire droit devant l'orifice. 10 mois plus tard, récidive traitée en utilisant cette fois l'utérus. Devant une deuxième récidive 6 mois plus tard, SUERMONDT prend de parti de réséquer la branche horizontale du pubis. La statistique de MEYER comporte 25 % de récidives; la nôtre 20 %, en ne comptant évidemment que les cas terminés par la guérison.

*
**

Nous nous proposons donc d'étudier successivement :

- les voies d'abord pratiquées,
 - les procédés visant à empêcher la récidive;
- puis nous chercherons à en dégager la conduite à tenir suivant les circonstances qui peuvent se présenter.

Pour cette étude, nous avons lu tous les comptes rendus opératoires que nous avons pu relever depuis 200 ans. Mais nous étayerons nos conclusions surtout sur les 65 cas récents dont nous donnerons plus loin les observations résumées. Il nous paraît en effet inutile de revenir sur les études d'ensemble déjà faites. La dernière importante est celle de BONNET en 1926. En outre, il convient de débayer un peu le terrain en reléguant à part les antiques opérations d'avant l'ère aseptique, sauf celles qui présentent un intérêt de curiosité historique. Nous voulons envisager le problème d'un point de vue résolument chirurgical et moderne, sans nous embarrasser outre mesure des noms propres qui surchargeraient inutilement notre texte. On pourra aisément trouver les

références dans le tableau qui résume les observations de cette thèse.

VOIE ABDOMINALE

Nous commençons par elle, car c'est certainement celle qui a été la plus employée (48 fois dans notre statistique). Il ne faut pas se hâter pour cela de croire que tout le monde la considère comme le procédé de choix. Sur ces 48 cas, il en est en effet 34 où la laparotomie a été faite sur un diagnostic d'occlusion dont on avait méconnu l'origine. On ne peut pas parler alors de voie d'abord délibérément choisie.

Sur les 14 cas de laparotomie où le diagnostic exact a été posé fermement, ou soupçonné, il n'y en a eu que 7 où cette incision a été suffisante. Dans les 7 autres, il a fallu combiner une deuxième incision plus directe sur la hernie ou inversement ajouter la voie abdominale à l'incision de la hernie. Nous ne décrirons pas de technique de laparotomie. Les incisions pratiquées, médianes ou latérales, sont classiques et nous n'y insistons pas. Le point qui nous intéresse ici, c'est de savoir comment peuvent être réalisés, par cette voie, les différents temps opératoires que nous considérons comme nécessaires.

La laparotomie médiane est une voie d'abord très indirecte. Le canal obturateur est loin, malaisément accessible. Il faut de bonnes valves, bien maniées ou la valve sus-pubienne de DOYEN en refoulant la masse intestinale par les champs abdominaux. Ces manœuvres sont bien malaisées ou même impossibles quand il s'agit d'un malade aux anses distendues, en pleine occlusion. En dehors de l'occlusion, le jour que donne la laparotomie médiane n'est pas remarquable et nous convions quiconque cela intéresse à examiner, par cette voie, le canal sous-pubien au cours d'une intervention sur le petit bassin, faite à froid.

La libération de l'anse sera obtenue par une traction prudente. Si l'anse ne se réduit pas, et nous avons vu que cela n'était pas exceptionnel, il faudra, non pas essayer de débrider à l'aveugle (avec quelles difficultés et quels périls!) mais plutôt il faudra passer par une autre voie.

Si la libération de l'anse est aisée, mais que gangrénée et perforée, elle sorte du sac accompagnée de matières et de pus, quelle que soit la protection de l'abdomen qu'on se soit donnée on regrettera de ne pas avoir auparavant été s'assurer, par une autre voie, de l'état de l'intestin. La facilité qu'on aura à réséquer l'anse ne viendra pas, pour le pronostic final, compenser le danger que constitue l'infection.

Pour traiter le sac, on ne peut, en fait, que le retourner et le réséquer, ou le fixer à la paroi — geste bien rarement exécuté. On s'est plutôt contenté de passer quelques fils à son collet. Plus souvent encore, on l'a laissé en place tout simplement. Il n'est pas question de fermer véritablement le trajet herniaire autrement que par le procédé de SHORT que nous discuterons plus loin.

En conclusion, le principal avantage de la laparotomie médiane est d'utiliser, pour lever l'étranglement, l'incision qui a servi à établir le diagnostic. L'anse étranglée est souvent réduite aisément; mais en fait, il faudra renoncer à traiter le cas et à fermer le canal herniaire. Enfin, le danger d'infection péritonéal n'est pas négligeable.

Les incisions latérales sont passibles des mêmes reproches, sauf l'incision sus-crurale, préconisée par COTTALORDA et ESCARRAS, qui donne un accès plus direct sur le collet et ses risques d'éviscération moindres, tout en gardant les autres inconvénients énumérés plus haut.

Qui songerait actuellement à proposer de traiter les hernies crurales étranglées par une laparotomie? Pourtant il n'est guère de chirurgien qui n'ait commis dans sa carrière l'erreur de méconnaître une petite hernie cru-

rale chez une femme grasse et d'ouvrir l'abdomen pour une occlusion, alors qu'une incision crurale eût suffi.

A notre sens, la laparotomie est un procédé d'occasion dans la hernie obturatrice, au même titre que dans la hernie crurale.

VOIE CRURALE

C'est la plus classique, la plus employée autrefois, mais non aujourd'hui; comme voie d'abord *isolée*, elle ne figure que pour quatre cas dans notre statistique et dans ces quatre cas, le diagnostic avait été fait. En voici la technique :

Le bassin du sujet est relevé par un coussin pour bien mettre en évidence la région sous-pubienne en diminuant l'obliquité du bassin; la cuisse en légère flexion et abduction pour bien exposer la région opératoire.

L'incision commence à un travers de doigt en dedans de l'épine du pubis et descend parallèlement à l'artère fémorale, à un travers et demi de doigt en dedans d'elle, sur une longueur de 12 cm. On traverse les plans superficiels et l'aponévrose, puis on cherche l'interstice entre le pectiné et le moyen adducteur qu'on récline de part et d'autre. Il peut être nécessaire, pour se donner du jour, de sectionner, ou mieux, de désinsérer partiellement le pectiné de la branche horizontale du pubis. On arrive alors sur le fond du sac qu'on peut ouvrir pour évacuer les liquides septiques et examiner l'état des viscères herniés. Il s'agit alors de débrider le collet. Classiquement, on fera au bistouri de petites incisions en bas et en dedans, après avoir repéré vaisseaux et nerfs. On s'aidera du doigt pour agrandir l'orifice. Quoi qu'on fasse, il arrivera souvent qu'on lèsera des vaisseaux et, sans se faire un épouvantail de l'hémorragie qui s'ensuivra. L'hémostase sera pour le moins malaisée.

Si l'intestin nécessite une résection, il paraît difficile d'attirer l'anse et de réintégrer ensuite l'anastomose sans

danger par une voie aussi étroite. On fera ensuite la résection du sac « aussi haut que possible ».

Quant à la fermeture du trajet herniaire par cette voie, elle est pratiquement impossible. Tous les procédés préconisés se bornent à obliterer l'orifice superficiel du canal.

En résumé, la voie crurale permet un abord direct du fond du sac s'il est volumineux. Elle permet d'évacuer le contenu septique du sac et d'examiner l'état des viscères étranglés. Mais si la hernie est incomplète il faudra inciser bien malaisément l'obturateur externe. Surtout, elle ne permet pas de lever un étranglement profond, de réséquer complètement le sac, de traiter une anse gangrénée et une hémorragie difficile à maîtriser sera toujours à craindre.

Il est une variante défendue récemment avec chaleur par MACHOIRE et dont nous dirons quelques mots. C'est la voie crurale avec résection de la branche horizontale du pubis. Au lieu d'inciser les parties fibreuses du collet, on peut évidemment supprimer le toit osseux du canal. L'expérimentation cadavérique montre que cette manœuvre peut être malaisée. Il paraît délicat de sectionner un os au ciseau frappé devant un intestin étranglé, étroitement appliqué à son contact et on comprend que GUIMBELLOT ait préféré terminer la section osseuse à la pince gouge. Nous avons vu que les dimensions de l'os à réséquer pouvaient n'être pas négligeables, aussi MACHOIRE en vient à proposer de faire préalablement une radiographie pour s'assurer des dimensions de la branche horizontale du pubis.

Nous considérons cette résection osseuse comme un procédé de nécessité qui pourra être utile dans de rares circonstances, mais il nous paraît impossible de la considérer comme un procédé de choix et d'aller jusqu'à la préconiser, même une fois l'intestin réduit, pour « assurer une ligature haute du sac ». Si la branche horizontale du pubis est à la hernie obturatrice ce que l'arcade cru-

rale est à la hernie crurale comme agent d'étranglement, il y a tout de même une différence d'épaisseur, de constitution et d'importance entre les deux et si, après cette résection, la récurrence d'étranglement est impossible, la fermeture de cette brèche l'est aussi et ceci fait craindre une éventration. Au risque de paraître pusillanime, nous trouvons qu'il est difficile de créer de gaieté de cœur un tel dégât en dehors d'une nécessité absolue.

VOIE INGUINALE

Un argument *a priori* en faveur de cette voie d'abord, est qu'elle a été employée dans un cas de hernie non étranglée, diagnostiquée par MILLIGAN et dans les cas de récurrences; c'est pour elle un préjugé favorable que d'avoir été employée uniquement par des chirurgiens qui avaient été instruits par une intervention antérieure, ou qui avaient eu le temps de la réflexion. Voici en quoi elle consiste.

On incise la paroi superficielle du canal inguinal; on récline en haut le cordon ou le ligament rond; on effondre le fascia transversalis au niveau du point faible de la paroi postérieure; on désinsère de dedans en dehors petit oblique et transverse; le cul-de-sac péritonéal est décollé; on reconnaît jusque-là l'abord inguinal d'une hernie crurale. Il faut poursuivre le cheminement dans l'espace de Bogros. En décollant le péritoine, on arrive à attirer le sac, à l'ouvrir, à le réséquer. Si un débridement est nécessaire, il se fera à ciel ouvert avec les vaisseaux non divisés sous les yeux.

Pour fermer l'orifice, seul le procédé du lambeau ostéopériostique à la Schwarzschild pourra être employé et ce procédé n'est pas à l'abri de tout reproche.

Cette voie d'abord est très séduisante à première vue. Si elle est assez longue, elle donnera un jour suffisant sur l'orifice profond du canal. L'ouverture du péritoine

permettra de traiter l'intestin hernié. Mais elle suppose un diagnostic préalable. Elle est insuffisante pour amener un sac volumineux ou adhérent aux muscles de la cuisse. La réintégration subite d'une anse gangrénée peut se faire au cours d'une dissection laborieuse du sac. La fermeture du canal n'est pas certaine. Tous ces inconvénients doivent la faire considérer comme insuffisante dans un grand nombre de cas.

LES VOIES COMBINÉES

Elles sont nées de la nécessité et ceux qui ont dû s'en servir ont tenté de codifier une technique réglée, qui garde les avantages de celle dont ils avaient apprécié l'utilité, sans en conserver les hésitations.

Bien que la herniotomie ait dû, plusieurs fois, être complétée par la laparotomie, on n'a guère préconisé cette façon de faire d'une manière systématique; sauf erreur, c'est ALBERTIN qui, en 1898, a obtenu le premier succès par cette voie. C'est plutôt l'inverse qui a été proposé. Cela se comprend aisément si on considère que le diagnostic étant rarement fait avant l'opération, la laparotomie a été plus souvent que la herniotomie, l'opération pratiquée la première.

Mais toutes les voies combinées supposent que le diagnostic a été fait avant l'opération. Elles ont pour but de vérifier le diagnostic et de traiter l'intestin par voie haute. Par voie basse, on se propose de traiter le sac et pour certains auteurs, de fermer le trajet herniaire.

STEINEGGER en 1921, avec beaucoup de sens, met d'abord à part les hernies où le diagnostic n'a pas été fait et où la laparotomie est évidemment nécessaire pour faire le diagnostic. Il considère ensuite deux ordres de faits : ou bien la hernie est petite et le diagnostic n'a été fait que sur des symptômes indirects (signe de Romberg, cuisse en flexion et rotation externe); il faut faire

la laparotomie en premier, complétée par la herniotomie, s'il le faut; ou bien la hernie est évidente, il y a tuméfaction sous-pubienne; il faut faire en premier la herniotomie et faire en second la laparotomie en cas de nécessité. C'est résumer d'une façon heureuse l'intérêt des voies combinées que nous décrirons maintenant.

LAPAROTOMIE SUS-CRURALE COMPLETEE PAR UN TEMPS OBTURATEUR

COTTALORDA et ESCARRAS, résolument convaincus que la laparotomie est nécessaire et suffisante dans la majorité des cas, et désirant par ailleurs en diminuer les dangers, préconisent une incision sus-crurale à deux travers de doigt au-dessus de l'arcade, qui donne un meilleur jour sur l'orifice herniaire profond et expose moins à l'éviscération que la laparotomie médiane; on dilate au doigt l'orifice herniaire; on réduit et traite l'intestin.

Dans le cas (qu'ils qualifient d'exceptionnel) où la laparotomie ne suffit pas, une deuxième incision, l'incision crurale classique vient permettre l'accès à l'orifice superficiel.

Enfin les auteurs sont persuadés que « traiter ce sac ou fermer le trou obturateur sont des temps illusoires, dangereux ou simplement impossibles ». Aussi s'en tiennent-ils au traitement de l'intestin. Rappelons que ces paroles découragées ont été écrites en 1936. Il semble bien que ce soit tirer des conclusions un peu hâtives de deux cas heureux traités par cette technique. (Un troisième a été traité par laparotomie médiane.) Trop de faits sont là pour inciter à prévoir une technique où on débride l'orifice interne autrement qu'au doigt, où on examine l'état de l'intestin avant de le réduire dans la cavité péritonéale. Par ailleurs, on connaît trop de récides pour méconnaître l'importance de la fermeture du canal sous-pubien.

VOIE ABDOMINO-CRURALE

Sans être le premier à l'avoir employée, GAUTHIER a préconisé une voie d'abord réglée de ce type après avoir opéré deux cas de hernie obturatrice étranglée. Il préconise une incision parallèle et sus-jacent à l'arcade crurale, changeant de direction à son extrémité interne pour se prolonger verticalement à la racine de la cuisse, en dedans des vaisseaux fémoraux. La partie inférieure de l'incision permet d'inciser le sac après désinsertion du pectiné. Par la branche supérieure, on peut réduire et traiter l'ause. Puis on revient en bas pour réséquer le sac et fermer l'orifice externe du canal sous-pubien par des anses de catgut passées autour de la branche horizontale du pubis et amenant à son contact : d'une part, l'arcade crurale; d'autre part, l'obturateur externe et le pectiné désinséré.

VOIE CRURALE OBTURATRICE

LUZES décrit un procédé très voisin. Même incision, mais sans désinsertion du pectiné et avec, en plus, section de l'arcade crurale. Le débridement se fait à l'orifice profond. Le sac est passé au travers du canal sous-pubien et traité par voie haute. L'auteur a eu le mérite d'imaginer ce procédé en cours d'intervention et de l'appliquer après qu'une laparotomie lui eût permis de faire le diagnostic. Il propose, après coup, la fermeture de l'orifice profond par un lambeau ostéopériostique.

VOIE INGUINO-OBTURATRICE AVEC FERMETURE TOTALE DU CANAL HERNIAIRE

Cette voie, d'abord, a été imaginée en 1941 par le Dr CABY. Aussi peu mutilante que possible, elle a aussi le mérite d'avoir été conçue et exécutée au cours d'une intervention pour hernie obturatrice étranglée. Elle a été

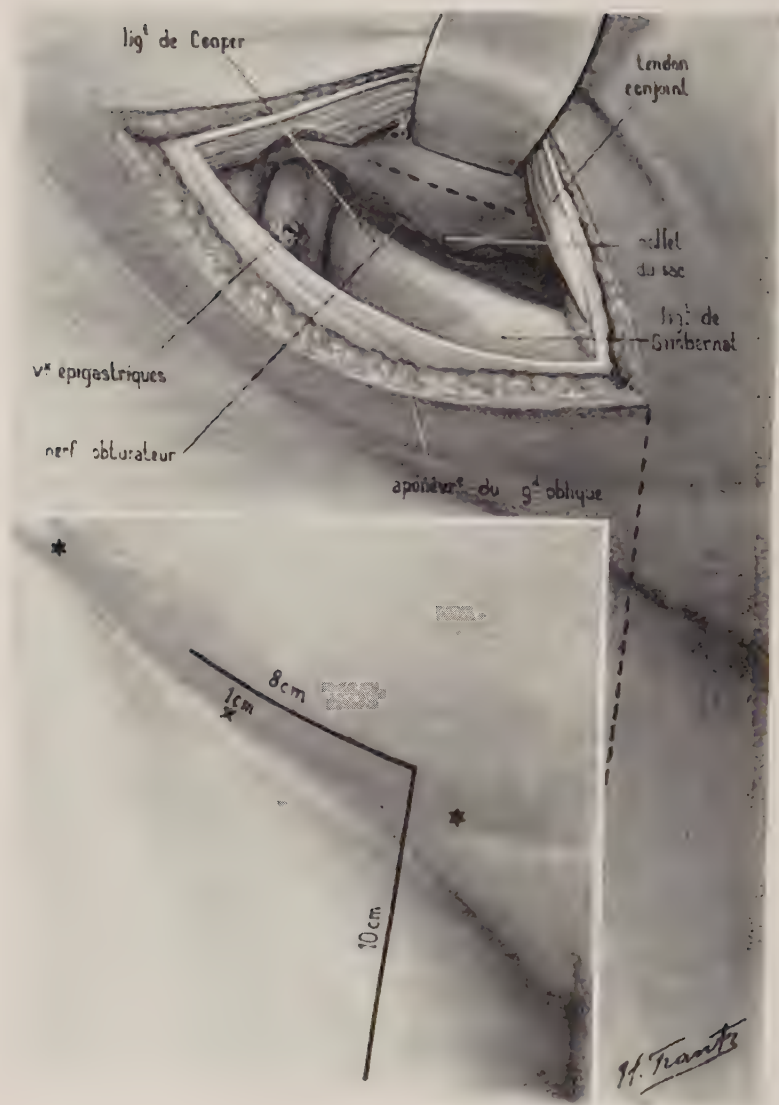


FIG. 6.

Incision inguinale. — Débridement (un peu schématique) sur le tendon conjoint. — On a mis en évidence le collet du sac par décollement du péritoine qu'une valve courbe maintient. (En cartouche, les dimensions minima de l'incision.)

appliquée avec un deuxième succès dans un autre cas opéré peu après. Voici cette technique, telle que l'auteur l'a décrite dans le *Journal de Chirurgie* :

Incision cutanée parallèle à l'arcade crurale, à un centimètre au-dessus, commençant ou finissant à un centimètre en dehors de l'épine du pubis et longue de 8 à 10 cm. en moyenne. De l'extrémité interne, s'abaisse une deuxième incision, descendant dans la direction du tubercule du 3^e adducteur et longue de 10 à 12 cm. environ. L'ensemble dessine un « L » à angle supéro-interne. L'incision inguinale traverse l'aponévrose du grand oblique, puis sectionne par un débridement le petit oblique et le transverse près de leur insertion sur l'arcade, sur une longueur qui varie avec la hauteur d'insertion de ces muscles et le jour nécessité par l'adiposité du sujet. De toute manière, on dépasse nettement l'artère fémorale et chemin faisant, les vaisseaux épigastriques sont liés. On effondre le fascia transversalis au-dessus du bord postérieur de l'arcade et on décolle le péritoine vers le trou obturateur; une valve *courbe* vient refouler le cul-de-sac péritonéal. Le collet du sac apparaît longé en dedans par une grosse veine qui se jette dans le confluent veineux obturateur et qui paraît venir des veines vésicales ou rétro-pubiennes.

Sur la branche verticale de l'incision, on sectionne la saphène interne et les vaisseaux honteux externes. On trouve aisément, après incision de l'aponévrose fémorale, l'interstice entre pectiné et moyen adducteur. Quelques vaisseaux doivent être coupés et liés au bord externe du moyen adducteur. On récline, de part et d'autre, les deux muscles et on tombe sur un plan aponévrotique doublé d'une lame graisseuse. On incise le fond du sac et on reconnaît l'état de son contenu, puis, par une incision du cul-de-sac péritonéal par voie inguinale, on met à jour l'anse intestinale, qui s'enfonce dans le sac.

Par traction douce sur l'anse que pousse en bas le doigt introduit dans le sac, on arrive souvent à l'amener par l'incision abdominale et à la traiter. Sinon, incision des

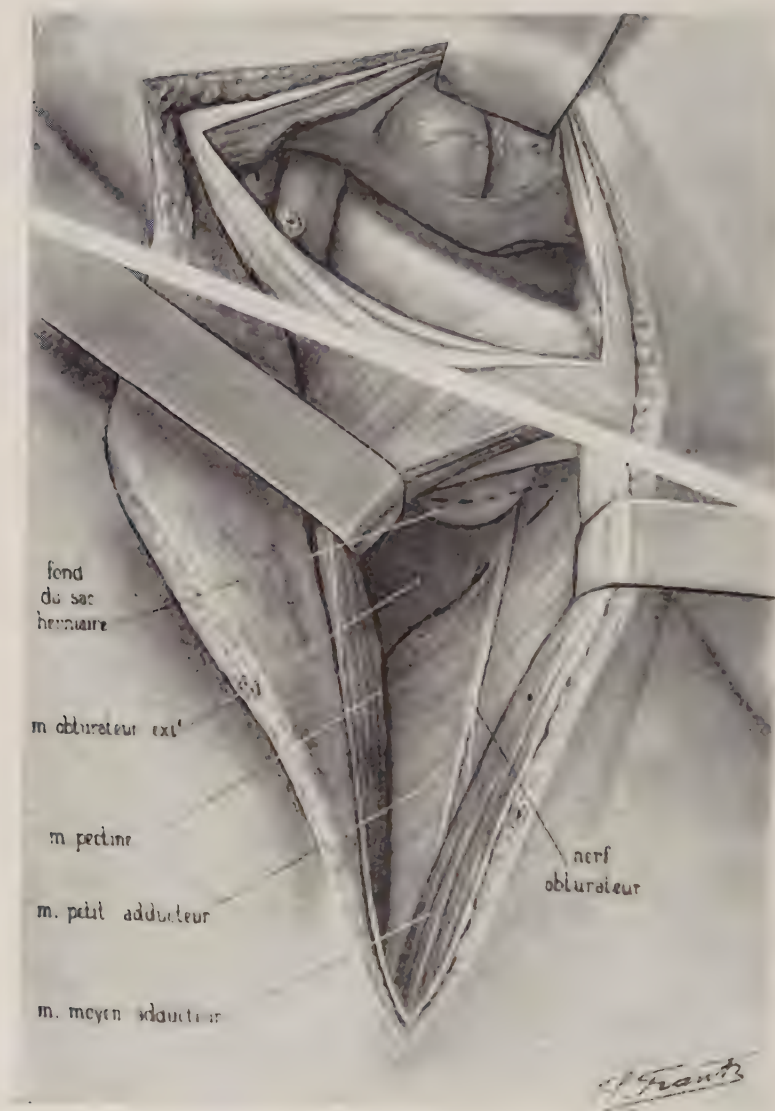


FIG. 7.

Les deux parties de l'incision, séparées par un trait blanc, sont vues avec une position différente de l'observateur qui regarde la partie inguinale de haut en bas, la partie crurale de bas en haut. — En haut, le péritoine est ouvert. — En bas, on met en évidence le fond du sac.

porties fibreuses qui forment brides, par voie obturatrice si l'obstacle siège sur la bandelette sous-pubienne. Si l'obstacle siège en dedans, on fait la désintertion de l'extrémité interne du ligament de Günz.

L'intestin réduit et traité, on met bien en évidence la veine anastomotique située plus haut et on la coupe entre ligatures. Le sac est amené dans l'incision supérieure, lié et réséqué. L'incision péritonéale est fermée.

On taille aux dépens du bord externe du moyen adducteur, un lambeau musculaire de volume et de longueur convenables, en ne craignant pas de le faire trop volumineux et en prévoyant une forte rétraction dans le sens de la longueur. L'extrémité est armée d'un catgut par un point de lacet. Les deux chefs du fil sont conduits par une pince au travers du trajet herniaire, repris au-dessus du pubis et l'extrémité des fils est fixée au ligament de Cooper.

On fermera la paroi en réinsérant les muscles larges à l'arcade et en fixant le tendon conjoint au ligament de Cooper. Fermeture de l'aponévrose fémorale et de l'aponévrose du grand oblique. Suture cutanée.

On pourra reprocher à cette voie d'abord, son étroitesse en haut. Rien n'empêche, en désinsérant de l'arcade crurale les muscles larges, de se donner autant de jour que l'on veut sans mutilation inutile. Qu'en se rappelle le jour donné par l'incision inguinale élargie quand on veut traiter une volumineuse hernie inguinale par glissement, suivant la technique de LARDENNOIS et OKINCZYK. Le jour donné sur l'orifice profond est satisfaisant si une bonne valve courbe vient refouler le cul-de-sac péritonéal ou les anses. Il est aisé de s'en rendre compte au cours du traitement d'une hernie crurale par voie inguinale et nous nous en sommes assuré plusieurs fois par nous-même.

Que demandions-nous au début de ce chapitre? Que

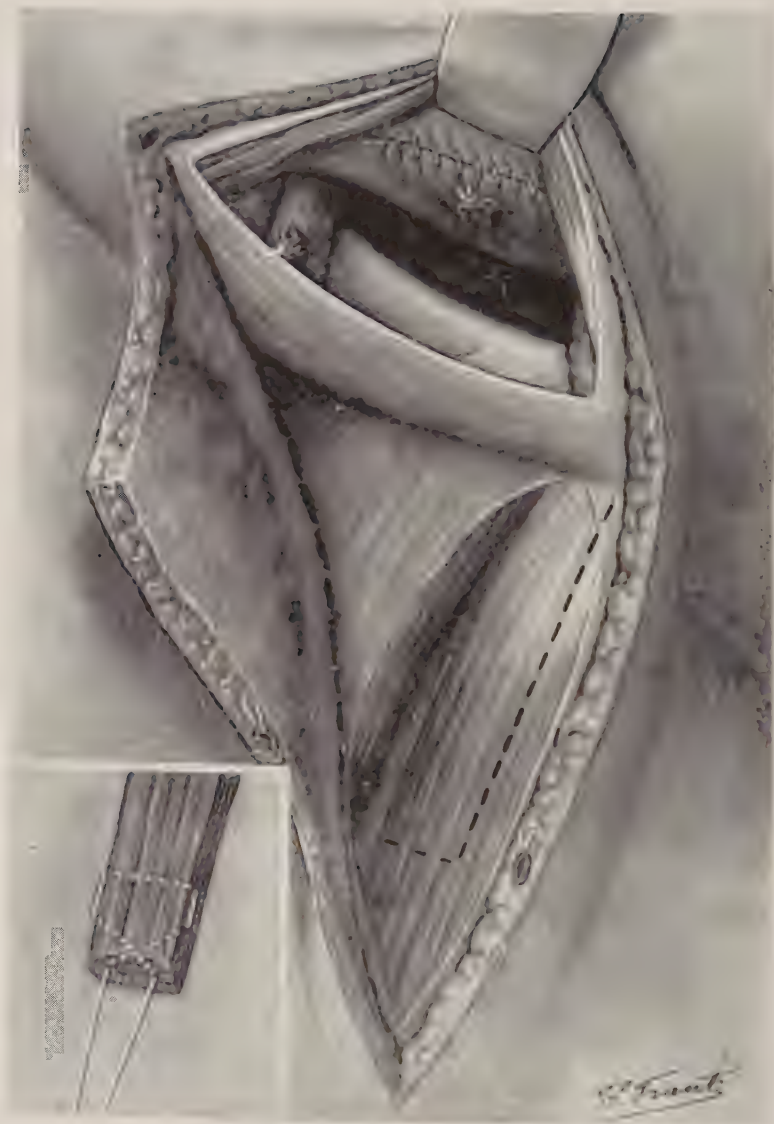


Fig. 8.

Une veine est réséquée, le péritoine fermé. On a lié une veine anastomotique. Dessin du lambeau de moyen adhérent (un peu court). Dans le cartouche, le fil tracteur du lambeau.

pour la hernie obturatrice, comme pour toute hernie, on arrive à réduire les viscères herniés et les traiter en cas de gangrène, à réséquer le sac, à fermer le trajet herniaire.

Pour cela on doit d'abord inciser le fond du sac pour vider les liquides septiques qui s'y trouvent et examiner l'intestin étranglé; débrider le collet aussi bien à l'orifice profond qu'à l'orifice superficiel, réséquer le sac complètement. Pour atteindre ces buts, il faut avoir jour à la fois sur le fond du sac, les deux orifices du canal sous-pubien et la cavité abdominale. La technique exposée ci-dessus répond à toutes ces conditions et comporte en outre un temps de fermeture réelle et totale du canal herniaire de bout en bout.

LA FERMETURE DU TRAJET HERNIAIRE

C'est là un temps capital à notre avis et nous avons déjà dit pourquoi. Nous étudierons maintenant comment il a été réalisé sans citer les innombrables auteurs qui y ont renoncé de propos délibéré ou ont même déclaré le problème insoluble.

Certains procédés s'adressent à l'orifice superficiel du canal. Ils sont à rejeter en bloc, car ils laissent subsister tout le reste du canal herniaire bien suffisant pour loger une récurrence, dont on ne manque pas d'exemples ailleurs. Les auteurs sont peu explicites et il semble qu'ils se soient bornés à placer quelques points entre obturateur externe et pectiné. Seul GAUTHIER propose et exécute une technique mieux réglée sur laquelle nous ne revenons pas.

Beaucoup d'auteurs ont mis quelques points sur le collet du sac laissé en place. On peut objecter que ce procédé transforme un sac souvent infecté en cavité close, avec tous les dangers que cela comporte; le résultat en est illusoire et les récurrences sont là pour en témoigner.

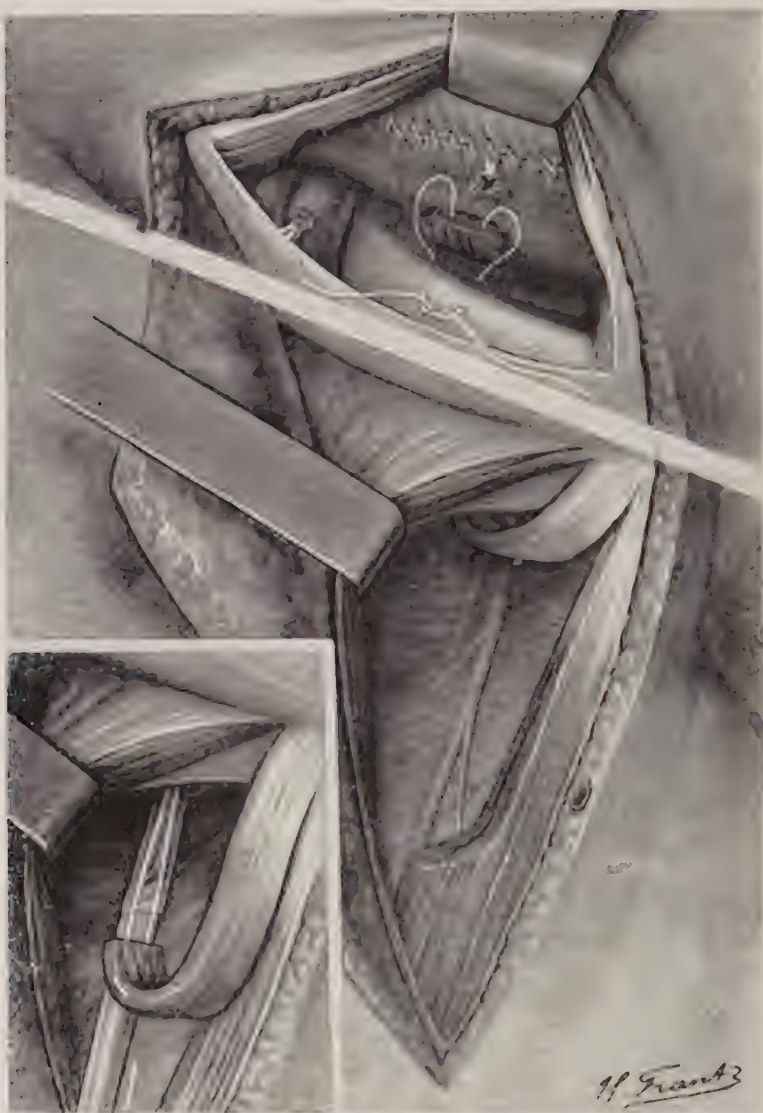


FIG. 5.

Dans le cartouche; passage du fil tracteur dans le canal. —
En haut, fixation de l'extrémité du lambeau au ligament
de Cooper.

Certains ont retourné le sac pour le fixer à la paroi sans plus de succès, comme VAN ZWALENBURG qui, ayant opéré ainsi une femme atteinte de hernie bilatérale non étranglée, a vu se produire plus tard un étranglement à droite.

SUERMONDT est le seul à avoir fixé l'ovaire, puis, après récurrence, l'utérus devant l'orifice profond. Une nouvelle récurrence l'a amené à réséquer la branche horizontale du pubis. C'est là le contraire d'une fermeture, mais le but recherché fut atteint. Bien que MACHOIRE l'ait défendu récemment, ce procédé nous paraît un contresens et une mutilation inutile.

SCHWARZSCHILD, BARDENHAUER et GUNDERMANN ont rabattu devant l'orifice profond un lambeau ostéopériostique à charnière inférieure. Il faut craindre une résorption de ce fragment comme il est arrivé dans un cas.

D'autres auteurs se sont rendus compte que le canal herniaire à paroi inextensible ne pouvait être oblitéré que par un véritable bouchon venant remplir l'orifice du tissu graisseux qui comble normalement le trajet. Nous ne faisons que citer le tamponnement simple d'ARNAUD DE RONSIL, le drain de BONNET. SHORT, sans réséquer le sac, a rempli sa cavité avec un morceau de cartilage costal, bloqué par une ligature sus-jacente. On peut craindre que le cartilage ne soit pas toujours bien toléré; le sac peut être septique et la technique paraît un peu compliquée.

STRATTER, dès 1905, avait préconisé après essai sur le cadavre, de passer un lambeau de pectiné au travers du canal et de le fixer par-dessus le pubis à la paroi; mais il n'a pas eu l'occasion d'appliquer ce procédé.

KINDL, qui est réputé l'avoir employé, a en réalité réséqué la branche horizontale du pubis.

HOHMEIER, sans résection du sac, l'a rempli avec un lambeau de pectiné. FRANKE a enfoncé le lambeau musculaire dans le canal en rapprochant les bords des mus-

cles voisins pour le maintenir. WAKELEY écrit : « un lambeau de pectiné fut élevé et attaché au périoste, par-dessus le canal obturateur ». Il ne semble pas non plus avoir appliqué le procédé de STRATTER.

Le D^r CABY s'est adressé au moyen adducteur et cela nous semble préférable. Le lambeau taillé aux dépens de ce muscle est solide, grâce à l'aponévrose d'insertion, nacrée et résistante. Il est vascularisé par le rameau symphysien de la circonflexe interne (SALMON). Le muscle, enfin, est intact tandis que le pectiné a pu être incisé ou désinséré pour se donner du jour.

En fixant l'extrémité du lambeau au ligament de Cooper et non à la paroi abdominale, on en réduit la longueur qui doit être assez considérable, étant donné la rétraction que subit le fragment musculaire une fois libéré.

Ajoutons qu'au cours d'une intervention sur la première malade, opérée par ce procédé, nous avons pu, un an plus tard, constater la solidité de la fermeture. On voyait sur le péritoine pelvien une cicatrice ombiliquée, le doigt ne sentait aucune dépressibilité au niveau de l'orifice profond du canal sous-pubien.

CONDUITE A TENIR

A la lumière des faits que nous avons rapportés, nous pensons que les indications thérapeutiques peuvent se résumer ainsi :

HERNIE OBTURATRICE ETRANGLEE :

1^{er} cas. — Le diagnostic n'est pas fait et on est intervenu par laparotomie médiane pour une occlusion du grêle. En dévidant le grêle, l'anse pincée latéralement vient sans effort avant que le diagnostic soit éclairé. On peut s'en tenir là si le malade est fatigué et remettre

aux jours suivants la cure radicale. Si on reconnaît l'étranglement avant que l'anse soit venue, il y a intérêt à pratiquer l'incision inguino-obturatrice pour s'assurer du contenu du sac, le réséquer et fermer le canal.

2^e cas. — Le diagnostic est fait. Il faut alors intervenir par voie inguino-obturatrice directement.

HERNIE NON ETRANGLEE.

On en pratiquera aisément la cure radicale complète avec tous ses temps par voie inguino-obturatrice en assurant une solide fermeture du canal sous-pubien.

Nom de l'auteur et année de publication	Sexe	Age	Associées ou non	Côté	Signes observés	Diagnostic posé avant l'opération	Vérifi- cation d'après l'opéra- tion
CABY, 1943.	F.	44	H. cr. dr. déjà opé- rée.	Dr.	Occ. depuis 3 jours; ballon- nement médiocre et clapota- ge.	Occ. par adhéren- ce de la h. cr.	Lap. sous + ing.
CABY, 1943.	F.	70	—0—	Dr.	Occ. depuis 3 jours; ballon- nement et clapotage; le mem- bre inf. dr. en rotation ext. par la consolidation vicieuse d'une fract. du col du fémur; ce membre douloureux l'est devenu davantage après l'occ. (signe de Romberg).	Occ.	Inc. de V + ing
GUIM- BELLOT 1942	F.	72	—0—	G.	Occ. depuis 12 h.; quelques vomissements féc.; signe de Romberg; pas de tumeur; cô- lon perméable au lavement baryté.	H. obt. étr. pro- bable.	La- sous + cr.
GUIM- BELLOT 1942	F.	76	H. cr. dr. déjà opér. pour étr.	Dr.	Occ. depuis 18 h.; pas de tumeur; pas de signe de Rom- berg.	Occ. par adhér. de la h. cr.	Lap. sous
GUIM- BELLOT 1942	F.	74	—0—	Dr.	Occ. depuis 8 j.; côlon per- méable au bismuth dans sa totalité.	Occ. de la part. term. du grêle.	Lap. sous
CARAVEN 1942	H.	66	—0—	Dr.	Occ. T.R.=0-	Occ.	Lap. inc. fos- dr. cr.

Temps étran- glement	Contenu du sac et son état	Compte rendu opératoire	Résultat	Récidives	Remarques
3 j.	anse gr. pince- ment latéral	Laparot.; le diagnostic se précise; libération facile de l'anse; fermeture; incision inguino-obt.; fermeture par un lambeau du moyen adducteur passé au travers du canal sous-pubien et fixé à l'arcade crurale.	Guérison.	Pas après 18 mois	
3 j.	anse gr. pince- ment latéral	Incision de Walter; le diagnostic se précise; inc. ing.-obt.; libération de l'anse; enfouissement d'une petite plaque gangrénée; même fermeture que ci-dessus.	Guérison.	Pas après 13 m.	
12 h.	anse gr.	Libération impossible; inc. crurale puis résection de la br. hor. du pubis; libération résection du sac; suture du pectiné et du moyen add. à l'arcade crur.	Guérison.	?	
18 h.	anse gr.	Le pelvis est plein de pus; une anse gr. dans le canal sous-pub. dr.; libération impossible; débridement laborieux avec gr. hémorr. et déchirure large de l'anse; extériorisation de l'anse et résection 18 jours plus tard.	Mort après 28 j. phlébite du memb. inf.	?	
8 j.	anse gr.	Laparot.; le diagn. se précise; libération de l'anse perforée après la protection du péritoine; résection et anastomose.	Mort le lende- main.		
10 j.	anse gr.	Par laparot. et incis. de la fosse il. dr. le diagn. se précise; libération impossible; incision obt.; section du moyen add. et du pectiné; libération encore impossible; résection de la br. hor. du pubis; excision du sac; suture du pectiné et de l'obt. ext. à l'arc. cr., fermeture.	Guérison.	?	

Nom de l'auteur et année de publication	Sexe	Age	Associées ou non	Côté	Signes observés	Diagnostic posé avant l'opération	d'op. l'op.
MOULON-GUET 1941	F.	73	H. cr. g. déjà opér.	Dr.	Occ. depuis 4 j.	Occ.	Pet il. lap. sou
WAKELEY 1939	F.	65	—0—	G.	Doul. abd. aiguës, vomissements, tumeur du côté g. de l'abd. T.V. : douleur de la cuisse et du genou (signe de Romberg).	Kyste de l'ovaire tordu.	Par d. ga
WAKELEY 1939	F.	58	—0—	G.	Douleurs intermittentes de l'aîne et du genou g. suivies de doul. abdomin. brutales; tumeur de la cuisse grosse comme une cerise; Romberg +; T.V.: tumeur dans l'orifice pelvien gauche.	H. obt. étr. g.	Pa dia ve
MOCQUOT 1938	F.	72	—0—	Dr.	Occ. depuis 4 j.	Occ.	La sou
FRANKLIN 1938	F.	68	—0—	Dr.	Occ. depuis 4 j.	Occ.	Lap sou
DESJACQUES et PERRIN 1937	H.	65	H. ing. dr. + h. cr. étr. dr. op. il y a 2 m.	G.	Occ. depuis 4 j.	Occ. par rétréc. cicatr. du grêle.	Lap sou
COTTA-LORDA et ESCARRAS 1936	F.	76	—0—	G.	Occ. depuis 2 j.	Occ.	Lap sou
COTTA-LORDA et ESCARRAS 1936	F.	70	—0—	Dr.	Occ. Signe de Romberg; pression de la rég. obt. douloureuse sans tuméfaction.	H. obt. étr. dr.	Lap sus-
COTTA-LORDA et ESCARRAS 1936	F.	70	—0—	?	Doul. brutales dans la rég. obt.; tuméfaction douloureuse; signe de Romberg +; T.V. : +; cuisse en flexion et rotation ext.	H. obt. étr.	Lap sus-

Temps étrangement	Contenu du sac et son état	Compte rendu opératoire	Résultat	Récidives	Remarques
4 j.	anse gr.	Libération facile de l'anse jugée viable.	Guérison.	?	
48 h.	pincement latéral du gr.	Ovariectomie pour le kyste tordu; libération facile; inversion et résection du sac.	Guérison.	?	
?	intestin grêle.	Réduction impossible par le ventre; ouverture du sac par voie crurale; réduction; résection du sac; cure radicale par un lambeau du pectiné.	Guérison.	?	Le nerf obturateur en dedans du sac.
4 j.	anse gr.	Libération facile de l'anse assez altérée; entéro-anastomose sans résection et fixation à la paroi de la partie étranglée.	Guérison.	?	
4 j.	anse gr.	Libération facile de l'anse.	Guérison.	?	
4 j.	anse gr.	Libération facile de l'anse; iléostomie.	Mort le lendemain.		L'orifice entre la vessie et l'art. omb.; art. obt. et obturato-épigastrique autour de l'orifice.
48 h.	anse gr. pincement.	Libération facile; fermeture.	Guérison.	?	
?	anse gr.	Libération facile; fermeture.	Guérison.	?	
9 h.	anse gr. pincement.	Libération facile; fermeture.	Guérison.	?	

Nom de l'auteur et année de publication	Sexe	Age	Associées ou non	Côté	Signes observés	Diagnostic posé avant l'opération	Vie d'après l'opération
DECHERF 1935	F.	75	—0—	G.	Occ. depuis 8 j.	Cancer du côlon	Incisé Mac- ney parce sous- + in-
NARD 1935	H.	58	—0—	Dr.	Occ. depuis 3 j.; les orif. hern. libres; toutefois il pré- tend avoir une h. ing. dr. étr.; signe de Romberg interprété après l'opération.	H. pro- périto- néale.	Incisé ingu-
MASNATA 1935	F.	68	—0—	Dr.	Occ. depuis 5 jours; dou- leurs de la fosse iliaque dr.	Occ.	Incisé par dia-
CANAVERO 1934	H.	37	—0—	Dr.	Occ.; douleurs de l'épigas- tre avec contracture et péris- taltisme semblant stomacal.	Péritonite par ulcère perforé	Lap. tomie + or-
BOURDE 1933	H.	62	H. ing.	Dr.	Occ. signes de Romberg in- terprétés après l'opération.	Occ.	Incisé de l-
PLACCO 1932	H.	?	—0—	Dr.	Occ.	Occ.	Lap. sous-
LUZES 1932	H.	72	—0—	Dr.	Occ.	Occ.	Lap. sous- + in- crur.
GHIRON 1932	F.	62	—0—	Dr.	Occ. incomplète, à début brusque; remplissage incom- plet du cæcum; orifice hern. libre.	Occ. in- complète	Incisé de la il.
CANAVERO 1930	F.	69	H. cr. déjà opérée.	G.	Occ. et signes de Romberg.	H. obt. étr. g.	Incisé cr., t- pecti-

Temps étran- glement	Contenu du sac et son état	Compte rendu opératoire	Résultat	Récidives	Remarques
12 j.	?	Après laparot. on pense à une h. cr. méconnue; incision cr.; anneau libre; exploration minutieuse; le diagn. se précise; h. obt. étr. g.; cure radicale (?)	Guérison.	?	
3 j.	anse gr.	L'incision précise le diagnostic; libération impossible; entéro-anastomose sans résection; drainage postérieur dans le flanc droit.	Guérison apr. 22 j.	?	
5 j.	anse gr. gangrénée	Libération; extériorisation et fistulisation de l'anse gangrénée.	Guérison après 1 m.	?	L'auteur conseille l'extériorisation et non la résection qui donne 100 % d'échecs.
3 j.	anse gr.	L'incision sous-omb. précise le diagn.; débridement; retournement et fixation du sac à la paroi.	Mort le 7 ^e j.		Difficulté de diagn. et laparot. sus et sous-omb.
?	anse gr.	Libération facile.	Mort.		
6 j.	anse gr.	Libération facile; fermeture.	Guérison.	?	
4 j.	anse gr.	Libération de l'anse.	Mort le 4 ^e j.		La laparot. a posé le diagn. La cure par voie crurale obturatrice.
?	anse gr.	Débridement ; enfouissement d'une plaque de gangrène; fermeture de l'orif. hern. à la soie.	Guérison.	?	Partisan de la laparotomie.
?	anse gr.	Excision du sac après libération de l'anse; suture du pectiné et du périoste de la br. hor. du pubis à l'obt. ext. et la bandelette sous-pubienne.	Guérison.	?	

Nom de l'auteur et année de publication	Sexe	Age	Associées ou non	Côté	Signes observés	Diagnostic posé avant l'opération	Voie d'abord de l'opéra
KAUFMANN 1930	H.	53	h. ombil. déjà opér. il y a 4 a.	Dr.	Occ. + signes de Romberg; réintégration spontanée; ré- apparition avec tuméfaction et gargouillements; cuisse en fle- xion et en adduction; T.R.=0-	H. obt. étr. dr.	Voie
AUBERT 1929	F.	73	—0—	Dr.	Occ. depuis 3 j.	Occ.	Lapa sous-c
MICHEL 1929	F.	76	—0—	G.	Occ. depuis 8 j.	Occ.	Lapa
PETERS 1929	F.	69	—0—	Dr.	Occ.; douleurs à la palpa- tion de la rég. obt. contrac- ture des adduct.; signes de Romberg.	H. obt. étr. dr.	Lap sous- + he ton
BUSULENGA 1928	F.	76	—0—	Dr.	Doul. dans le membr. inf. dr.; par crise depuis 3 ans ; occ. depuis 6 j.; T.V.=+; tu- mefaction douloureuse de la rég. obt.; signes de Romberg, cuisse en flexion et rotation ext.	Occ. par h. obt. étr. dr.	Voie ra
SUERMONDT 1927	F.	75	h. ing. g. irréd.uct.	G. Dr. » »	Occ. + h. ing. g. irréd.uct. Les mêmes accidents du côté dr. après 3 m. Récidive du côté dr. après 10 m. Récidive du côté dr. après 6 m.	1° H. ing. g. étr. — H. obt. dr. étranglée » »	Incis ing Lapa média Lapa média Lapa sous-c
HORINE 1927	H.	24	h. ing. double.	Dr.	Occ. et douleurs intermit- tentes. Récidive 2 m. plus tard et signes de Romberg.	Occ. H. obt. non étr.	Lapa sous-c Lapa para diane
DE FOUR- MESTREAU 1927	F.	70	h. cr. non réduct. et h. ing. réd.	?	Occ. et douleur de la rég. inguino-cr.	H. cr. étr.	Incis.

Temps étran- glement	Contenu du sac et son état	Compte rendu opératoire	Résultat	Récidives	Remarques
10 j.	anse gr. pince- ment; pus fétide et gaz.	Libération de l'anse et net- toyage du sac. Pas de cure radicale vu la présence de pus.	Guérison après 4 semain.	Après 7 m.	
3 j.	anse gr. pince- ment.	Libération impossible; dé- bridement; résection du sac; fermeture de l'orif. profond.	Mort.		
8 j.	anse gr.	Libération facile de l'anse; jugée viable.	Mort en q.q. sem.		A l'occasion de discussion avec AUBERT.
?	anse gr.	Libération de l'anse après débridement; résection de l'anse; fermeture de l'orifice profond par le lipome sous- péritonéal (?)	Mort.		Partisan de la voie combinée et la cure radicale.
6 j.	anse gr.	Désinsertion du pectiné; débridement du collet; résec- tion de l'anse; fermeture sur drain.	Guérison.		Partisan de la herniotomie si le diagnostic posé, sinon la voie combinée.
?	anse gr.	Libération et résection de l'anse; fermeture. Libération, résection du sac et fixation de l'ovaire dr. dans l'orif. L'ovaire déplacé on y fixe l'utérus et la trompe droite à l'orifice. Résection de la br. hor. du pubis.	Guérison. » » »	2 fois du côté droit.	
?	anse gr.	Libération de l'anse.	Guérison.	1 fois.	
-0-	-0-	Retournement et fixation du sac à la Barker à la paroi.	Guérison.	Pas après 3 ans.	
2 j.	anse gr. pince- ment.	Ouverture du sac; réinté- gration spontanée de l'anse; rmeture.	Mort le 3 ^e j.		Vu son mau- vais état général on n'a pas fait laparot. après la réintégration spontanée.

Nom de l'auteur et année de publication	Sexe	Age	Associées ou non	Côté	Signes observés	Diagnostic posé avant l'opération	Voie d'abord de l'opération
DE FOUR-MESTREAU 1927	H.	65	—0—	Dr.	Signes de Romberg depuis longtemps et interprétés comme rhumatismes; occ. depuis 2 j.; tuméfaction douloureuse de la rég. obt.; T.R. douloureux.	Occ. par h. obt. étr. dr.	Laparotomie
JOURDAN (Thèse de PUY) 1927	F.	68	H. cr. g. E. opérée il y a 18 mois.	Dr.	Occ. depuis 2 j.; signe de Romberg; tuméfaction dans le fond du Scarpa.	H. obt. étr. dr.	Voie rale longue ha
JOURDAN (Thèse de PUY) 1927	F.	76		Dr.	Occ. depuis 2 j.; tuméfaction du Scarpa; tumeur marquée dure; irradiation vers l'ischion droit beaucoup plus que vers la cuisse.	H. obt. étr. dr.?	Voie ra
WALKER 1927	F.	73	—0—	Dr.	Occ. et douleur de la partie interne de la cuisse (signe de Romberg).	H. obt. étr. dr.	Laparotomie sous-
MENTER 1926	F.	62	—0—	G.	Occ. depuis 3 j. Occ. depuis 1 j.	Occ. Occ.	Laparotomie sous- Laparotomie sous-
BONNET 1926	F. âgée		H. cr. dr. étr.	Dr.	Occ.; T.V. = cul-de-sac antérieur dur, douloureux, avec une corde tendue.	H. cr. étr.	Voie + laparotomie sous-
BLAXLAND 1926	F.	51	—0—	Dr.	Pas d'occlusion; tumeur de la rég. obt.; T.V. = + : signe de Romberg.	H. obt. dr.	Hernie raménée

Temps l'étranglement	Contenu du sac et son état	Compte rendu opératoire	Résultat	Récidives	Remarques
2 j.	anse gr.	Libération de l'anse; retournement et fixation du sac à la Barker, à la paroi.	Guérison.	?	H. de la 1 ^{re} variété, vaisseaux en haut et en dehors.
2 j.	anse gr.	Libération impossible; continuation de l'incision en haut. Traction douce, enfouissement de quelques plaques de gangrène; petit drain mèche; fermeture sans résection du sac.	Mort après 48 h.		Vaisseaux en dedans du collet.
2 j.	sac vide.	Réintégration spontanée de l'anse pendant le transport; ligature du collet du sac et résection. Fermeture du canal par un point en U prenant en bas l'obturateur ext., la bande sous-pubienne et le moyen adducteur; en haut le ligament pubo-fémoral.	Guérison.		Vaisseaux et nerf en haut et en dedans.
?	anse gr.	Libération de l'anse; enfouissement de la plaque gangrénée et anastomose lat. latér.	Mort après q.q. h.		
3 j.	anse gr.	Libération facile.	Guérison.	Après 16 m.	Partisan de laparot. et libération; réintervention à froid.
1 j.	anse gr.	Libération impossible; débridement; fermeture de l'orifice par suture en croix.	Guérison.		
10 j.	anse gr. pincement latéral	La voie crurale montre une épiplocèle; laparotomie sus et sous-ombilicale; libération de l'anse étranglée dans le canal sous-pubien; fermeture de l'abdomen; libération du sac par voie crurale; drain.	Mort le lendemain.	?	
8 j.	La trompe droite distendue pleine de pus.	Ouverture du sac par herniotomie; présence de pus; laparot. la trompe distendue dans le sac; salpingectomie; fermeture en haut, drain en bas.	Guérison.	?	Très intéressante par le manque d'occlusion.

Nom de l'auteur et année de publication	Sexe	Age	Associées ou non	Côté	Signes observés	Diagnostic posé avant l'opération	Vole d'abor de l'opératio
TYZON 1925	F.	49	—0—	Dr.	2 ou 3 crises de sub-occ.; occlusion depuis 2 jours.	Occ.	Parar diane
GAUTHIER 1925	F.	76	—0—	Dr.	Occ. depuis 3 j.; gêne des mouvements de la cuisse.	Occ. par cancer du côlon	Incisi de R + Lap sous-o + her tom
GRUGET 1923	F.	64	—0—	G.	Occ. depuis 3 j.; tumeur de la partie interne du triangle de Scarpa gauche non doulou- reuse.	Occ.	Lapar sous-o
SHORT 1923	F.	76	—0—	?	Occ. depuis 3 j. Occ. depuis 3 j.; diagn. posé par son antécédent.	Occ. H. obt. étr.	Lapar sous-o »
PUMPLUN 1923	F.	âgée	—0—	?	Occ.; tuméfaction au-des- sous de l'arc. crur.	Tuméf- action de la cuisse.	Incisi de la méfact + lapar le lende
GAUTHIER 1923	F.	54	H. cr. réd.	Dr.	Occ. h. cr. tendue doulou- reuse.	H. cr. étr.	Incisi ing. + paroto sous-o + in obt.
RUD 1923	F.	70	—0—	?	Occ.	Volvulus	Lapar sous-o
HARALD MOLLER 1923	F.	50	—0—	?	Occ.	Occ.	Lapar

Temps l'étran- glement	Contenu du sac et son état	Compte rendu opératoire	Résultat	Récidives	Remarques
2 j.	anse gr.	Libération de l'anse jugée viable, après débridement; fermeture de l'orifice au catgut.	Guérison.		
3 j.	anse gr.	Cæcum plat; incision médiane; le diagnos. se précise; on remarque une petite tumeur de la cuisse; libération impossible; kélotomie; libération et résection de l'anse; fermeture en haut; tamponnement en bas.	Mort.		Partisan de l'incision inguino-obsturatrice.
3 j.	anse gr. gangrénée	Libération facile; résection de l'anse.	Guérison.	?	
3 j.	anse gr.	Libération de l'anse; enfouissement d'une plaque de gangrène.	Guérison.	après 2 ans.	Partisan de la cure radicale.
3 j.	anse gr.	Réduction; mise d'un fragment de cartilage costal dans le sac.	»		
?	anse gr.	Issue de pus et des matières par l'incision crurale; le diagnostic se précise; laparot.; libération et résection de l'anse.	Guérison.	"	
4 j.	anse gr.	Le sac de la h. cr. vide on fait laparot.; le diagn. se précise; incision obturatrice; débridement; libération et résection du sac; suture de l'arc. cr. de l'obturateur et du pectiné au pubis.	Guérison.	?	
?	anse gr.	Débridement et libération; fermeture du canal au catgut.	Guérison.	Pas après 8 mois	
6 j.	anse gr.	Libération; enfouissement du sillon d'étranglement.	Mort		

Nom de l'auteur et année de publication	Sexe	Age	Associées ou non	Côté	Signes observés	Diagnostic posé avant l'opération	Vo d'ab de l'opér.
RICHTER 1922	F.	46	—0—	Dr.	Occ.; douleur de la région obturatrice avec tuméfaction; fistulisation de la tuméfaction après 30 j.; issue de matières le 50 ^e j.	Fistule intest.	Lap sous
KAEPPELIN 1922	F.	56	—0—	G.	Occ. depuis 5 j.; fosse ilia- que g. plus douloureuse que la dr.	Occ.	Lap sous
VAN ZWA- LENBURG 1913	F.	76	—0—	Dble	Douleurs abd. depuis 26 ans de nature colique avec signe de Romberg; les 2 rég. obt. sensibles; soulagement par le taxis et la flexion de la cuisse.	H. obt. double	Lap sous
1921	F.	83		Dr.	Dernièrement, souffrances, amaigrissement; occ.; T.V. = grosse masse dans le cul-de- sac dr.	H. obt. étr. dr.	Pas pér
STIRLING 1921	F.	61	—0—	G.	Constipation depuis 1 an; occ. depuis 5 j.; signe de Rom- berg.	Occ. par cancer	Lap sous
VON DER HUTTEN 1921	F.	54	H. cr. dr. étr. + h. ing. n. étr.	Dr.	Admise pour h. cr. dr. étr.; tumeur au-dessous de l'arcade; abdomen douloureux.	H. cr. dr. étr.	Inci crus prol en
SAWDAY 1921	F.	69	H. ing. dr. étr. il y a 5 a. Cancer du colon il y a 15 a.	G.	Occ.; douleur de la cuisse gauche (région obturatrice); T.V.=0.	H. obt. étr. g. probable ou réci- dive de cancer	Lap sous
FRANKE 1921	H.	72	—0—	G.	Occ. depuis 3 j. Petite tumé- faction non douloureuse de la partie supérieure de la cuisse. Douleur abdominale surtout à gauche.	H. obt. étr. pro- bable	Lap para g. + crus + ingu

mps tran- sient	Contenu du sac et son état	Compte rendu opératoire	Résultat	Récidives	Remarques
0 j.	annex. dr.; 3 anses, gr. adhé- rentes au- dessus du canal.	Laparot.; libération des an- ses et résection de 10 cm.; fermeture de l'orifice.	Guérison.	?	
5 j.	anse gr.	Libération facile; enfouis- sement d'un sillon circulaire du grêle.	Guérison.	?	Partisan de la- parot.
0-	anse gr.	Retournement des 2 sacs et fixation à la paroi; fermeture.	Guérison.	Après 7 ans.	Diagnostic de la h. obt. non étranglée.
?	anse gr.	Autopsie; anse gr. dans le canal; libération impossible sans débridement.	Mort sans opé- ration.		
5 j.	anse gr. et épi- ploon.	Libération difficile de l'an- se jugée viable; pas de cure radicale.	Guérison.	?	
6 j.	anse gr. pince- ment.	Anse étr. dans l'anneau cr.; ne cède pas et se déchire; prolongation de l'incision; section de l'arcale; issue de matières dans l'abdomen. Ex- tériorisation de l'anse; résec- tion de 40 cm. d'intestin.	Mort après 3 h.		Autopsie : pé- ritonite. Dia- gnostic impos- sible vu l'associa- tion.
5 j.	anse gr. et l'épi- ploon.	Libération difficile de l'an- se; anastomose latéro-latérale.	Mort par pneu- monie hy- postati- que.		
3 j.	anse gr.	Libération impossible; in- cision crurale; réduction de l'anse; incision ing. pour la résection du sac et suture à la paroi à la Barker; cure radi- cale par un lambeau du pec- tiné; amputation de la cuisse pour une gangrène apparais- sant après quelques jours.	Guérison.	?	L'auteur pré- tend à l'origina- lité de son opé- ration, car en cas de poussée abdominale le moignon du sac sera tiré par les muscles obli- ques.

Nom de l'auteur et année de publication	Sexe	Age	Associées ou non	Côté	Signes observés	Diagnostic posé avant l'opération	
GUNDER-MANN 1920	F.	67	—0—	G.	Occ.; douleur spontanée et provoquée par la pression de la région obt.	H. obt. étr. g.	L. so
	»	»	»	»	Occ. depuis 1 j.	»	
	»	»	»	»	Occ. depuis 1 j.	»	In
GOEBEL 1920	F.	68	—0—	G.	Occ.; signe de Romberg reconnu après l'opération.	Occ.	L. so
SOHN 1919	F.	60	H. cr. dr. étr. + h. ing. dr. n. étranglée.	Dr.	Occ. depuis 4 j.; tumeur de la rég. cr. au-dessous du pli de l'aîne, mal limitée, douloureuse; cuisse en flexion et rotation ext. T.V. = 0.	H. cr. dr. étrangl.	In la pu le en e
MILLIGAN 1919	H.	?	—0—	Dr.	Douleur spontanée 1 ou 2 fois par jour de la partie interne du triangle de Scarpa, intensifiée par rotation externe du membre. <i>Pas d'occlusion.</i>	H. obt. dr. non étrangl.	Im ing
KLOPP 1919	F.	88	—0—	Dr.	Occ. depuis 4 j.	Occ.	L. so
MARSHALL 1919	H.	?	—0—	G.	Douleurs du genou et du pénis depuis 2 ans; cystoscopie = 0; ablation des vésicules séminales; douleurs cessant dans la position assise ou couchée; orifice superficiel du canal sous-pubien douloureux. T.R.=0. <i>Pas d'occlusion.</i>	H. obt. g. non étrangl.	Pa p
KOENNECKE 1918	F.	62	Eventration des opér. précédent.	G.	Occ. depuis 3 j. Signe de Romberg +, mais interprété après l'opération.	Occ.	L. so

mps tran- ment	Contenu du sac et son état	Compte rendu opératoire	Résultat	Récidives	Remarques
?	anse gr. pince- ment.	Libération de l'anse.	Guérison.	Après 11 m.	
1 j.	anse gr.	Libération de l'anse.	«	4 mois après	
1 j.	anse gr.	Libération de l'anse; cure radicale p. un lambeau ostéo- périostique à la Schwarzschild et recouvrement par le péritoine.	«	?	
?	anse gr. pince- ment.	Le diagnos. se précise par laparot.; herniotomie; libéra- tion de l'anse et du sac; fer- meture des 2 voies.	Mort après 4 j		
4 j.	anse gr. trompe et ovaire; pus.	Incis. de la h. cr.; résection de l'épiploon étranglé; prolon- gation en bas; présence de la trompe et de l'ovaire dans le sac situé sous le pectiné; ré- duction impossible; prolonga- tion en haut; débridement; résection de l'anse gangrénée; salpingo-ovarectomie; ferme- ture en haut; drain et mèche en bas.	Guérison.		
Pas d'é- ran- gle- ment	sac vide.	Libération facile du sac qui est réséqué.	Guérison.		Partisan de la voie inguinale si le diagnostic po- sé.
4 j.	anse gr.	Réduction facile; fermeture de l'anneau au catgut.	Mort subite le 11 ^e j.		
Pas d'é- ran- gle- ment		Pas d'opération.			
3 j.	anse gr.	Libération après débri- dement; résection de l'anse; cure radicale au catgut; fer- meture.	Guérison.		Partisan de la cure radicale.

Nom de l'auteur et année de publication	Sexe	Age	Associées ou non	Côté	Signes observés	Diagnostic posé avant l'opération	V d'a l'ope
STONES 1917	F.	50	—0—	Dr.	Occ.	Occ.	Lap sou
HOHMEIER 1917	F.	69	H. cr. ét. dr. opérée il y a 2 a.	G.	Occ. depuis 3 jours.	Occ.	Lap sou
					Occ.; présence d'une tu- meur au niveau du canal sous- pubien.	Occ.	Lap sou + in
BRUNZEL 1916	II.	53	H. ing. double.	Dr.	Occ. depuis 4 jours; T.R.= 0; signe de Romberg inter- prété après l'opération.	Occ.	Inc Ma ney
MAC MA HON 1915	H.	65	H. ing. dep. 5 a.	Dr.	Occ. depuis 8 j.; h. ing. de- venue irréduct.	H. ing.	Inc + ro sou +

Temps étran- gement	Contenu du sac et son état	Compte rendu opératoire	Résultat	Récidives	Remarques
?	anse gr. pince- ment.	Libération après débride- ment au doigt; fermeture.	Mort après 13 h.		1 ^{re} variété; les vx. et nerf en dehors et en arr. du collet.
3 j.	anse gr.	Libération difficile; ferme- ture de l'orifice profond au catgut.	Guérison	Après 8 mois	Partisan de la voie combinée; laparot. si diag- nos. non pré- cis; contre la herniotomie.
?	anse gr.	Libération impossible; inci- sion obt.; libération facile; cure radicale avec un lam- beau du pectiné.	Guérison.	?	
4 j.	anse gr.	Libération; fermeture de l'orifice profond à la soie.	Guérison.	?	
8 j.	anse gr.	Inc. ing. ne montre rien; laparot.; le diagnostic se pré- cise; inc. abt.; ouverture du sac; libération de l'anse adhé- rente; enfouissement; résec- tion du sac par en bas.	Guérison.	?	

CONCLUSION

Nous présentons dans cette thèse une étude de la hernie obturatrice fondée sur les travaux antérieurement publiés et en particulier sur 65 observations récentes datant de moins de 30 ans.

Nous insistons particulièrement sur le traitement de hernies pour lesquelles nous affirmons qu'on doit faire, comme pour toute hernie, la résection du sac et l'obturation du canal herniaire.

Nous préconisons une technique employée deux fois avec succès par le D^r CABY, de Corbeil : voie d'abord combinée inguino-obturatrice et obturation du canal par un lambeau musculaire prélevé aux dépens du moyen adducteur, passé « en bouchon » à travers le canal et fixé au ligament de Cooper.

Vu
Le Doyen,
BAUDOUIN

Vu
Le Président de Thèse,
SENEQUE

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. GIDEL

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — *Province Médicale*, mars 1898, t. 11, p. 114.
- AUBERT. — *Bull. de Société de Chir. de Marseille*, t. 3, n° 8, 24 juin 1929, p. 488.
- BARKER. — *The Lancet*, 1910, t. 2, p. 1135.
- BÉRARD. — *Bull. Méd. de Paris*, 1898, t. 12, p. 261.
- BERGER (P.). — *Traité de Chir.* de Duplay-Reclus, t. 6, p. 354.
- BERGER. — *Thèse de Lyon*, 1895.
- BLAXLAND. — *The British Med. J.*, 1926, t. 2, p. 638.
- BONNET. — *Lyon Chir.*, 1926, t. 23, pp. 44 et 199.
- BOURDE. — *Bull. de Soc. de Chir. de Marseille*, 10 avril 1933, p. 204.
- BRUNZEL. — *Archive f. Klin. Chir.*, 1917, p. 47.
- BUFNOIR. — *Th. de Paris*, 1900.
- BUZULENGA. — *Rivista di Chir.*, Bucarest, an 20, n° 4, avril 1928, p. 245.
- CABY et PAYA. — *Journal de Chirurgie*, 1943.
- CANAVERO. — *Policlinico Sezione Chirurgica*, 1930, p. 541.
- CANAVERO. — *Bolletino e Mémoire della Soc. Piemontese di Chir.*, vol. 4, n° 12, 9 juin 1934, p. 865. — *Analysé J. de Chir.*, t. 34, p. 919.
- CARAVEN. — *Machoire, Thèse de Paris*, 1942.
- CARBILLET. — *Th. de Lyon*, 1923.
- CORDIER et COULOUMA. — *Echo Médic. du Nord*, oct. 1936, p. 653.
- CORDIER et HUGGINS. — Communication à la Soc. Royale

- de Méd. de Londres. Section de Chir., 12 juin 1909. —
Analysé journ. de Chir., 1909.
- COTTALORDA et ESCARRAS. — *Jour. de Chir.*, 1936, t. 48, p. 22.
- DEGHERF. — *Echo Médic. du Nord*, an 38, 11 mars 1935, p. 416.
- DENUCÉ. — *Revue de Chir.*, 1909, p. 930.
- DESJACQUES et PERRIN. — *Lyon Médical*, t. 159, 1937, p. 330.
- DUBREUIL-CHAMBARDEL. — *Gaz. Méd. du Centre*, mars 1924, p. 140.
- EBNOTHER. — *Schweiz. Médiz. Wochens*, 1921, t. 2, n° 3, p. 57. — *Analysé journ. de Chir.*, 1921, p. 73.
- FARABEUF. — Les vaisseaux sanguins des organes génito-urinaires, du périnée et du pelvis. Masson, édit., 1905.
- FOURMESTREAUX (De). — *Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 23 novembre 1927, p. 1293.
- FRANKE — *Zbt. f. Chir.*, *Lepzig*, 1921, t. 46, p. 1893.
- FRANKLIN. — *The Lancet*, vol. 234, 26 mars 1938, p. 1921. —
Analysé journ. de Chir., t. 53, p. 271.
- FREDET — *Revue de Chir.*, 1901, t. 23, p. 112.
- GARANGEOT. — *Mém. de l'Acadèm. Royale de Chir.*, 1743, t. 1, part. 3, p. 699.
- GAUTHIER. — *Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, 9 mai 1923, p. 682.
- GAUTHIER. — *Bull. de Soc. de Chir. de Paris*, t. 2, 1925, p. 957.
- GELPKE. — *Deutsch Zeit. f. Chir.*, t. 102, fasc. 1, 5 oct. 1909, p. 259. — *Analysé Journ. de Chir.*, 1910, t. 4, p. 61.
- GHIRON. — *Policlinico Sezione pratica*, an 39, n° 22, 23 mai 1932. — *Analysé journ. de Chir.*, t. 41, p. 115.
- GÆBEL. — *Zbt. f. Chir.*, 1920, p. 204.
- GOSSET. — *Précis de path. Chir.*, 1938, p. 190, Masson, édit.
- GRUGET. — *Revue de Chir.*, 1924, p. 141.
- GUIMBELLOT. — Machoire, *Thèse de Paris*, 1942.
- GUNDERMANN. — *Beitrag zur. klin. chir. Tubingen*, 1920, t. 118, p. 156.
- HARALD. — *Hosp. Tid. Kobenh.*, 1922-1923, t. 66, p. 26.

- HOHMEIER. — *Zbt. f. chir.*, n° 43, 1917, p. 953.
- HORINE. — *Annals of surg.*, vol. 86, nov. 1927, n° 5, p. 776.
- HOVELACQUE. — *Anatomie des nerfs craniens et rachidiens*.
Doin, édit., 1927.
- HUTTEN (VON DER). — *Munch. méd. wochensch.*, t. 68, n° 18, 6 mai 1921, p. 552.
- INGEBRIGTSEN. — *Noorsk Magazin for Lægavidenskapen*, t. 73, n° 4, avril 1912, p. 553. — *Analysé journ. de Chir.*, 1912, t. 8, p. 677.
- JOURDAN. — Puy, *Thèse de Montpellier*, 1927.
- KAEPELIN. — *Loire méd.*, 1922, p. 717.
- KAUFMANN. — *Weiner klinisch. wochensch*, Vienne, an 48, n° 14, 3 avril 1930, p. 429.
- KINDL. — *Prager med. wochensch*, 1912, n° 17, p. 214.
- KLOPP. — *Annals. of surg.*, vol. 70, n° 1, juillet 1919, p. 126.
- KÖENNECKE. — *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1918, t. 145, p. 138.
- LEJARS. — *Chir. d'urgence*, 1936, p. 900 Masson, édit.
- LETOUX. — *Anjou Médic.*, 1903, p. 160.
- LUZES. — *Congrès français de Chir.*, 8 oct. 1939, p. 849.
- MACHOIRE. — *Thèse de Paris*, 1942.
- MAC MAHON. — *Annals of surgery, Philadelph.*, 1915, t. 62, p. 710.
- MARSHALL. — *Boston méd. and chir. journal*, 1919, p. 367.
- MASNATA. — *Atti e memor. della Soc. lombarda di chir.*, vol. 3, n° 11, 26 mai 1935, p. 1421. — *Analysé journal de chir.*, t. 47, p. 113.
- MENTER. — *Zbt. f. chir.*, 1926, t. 3, p. 2395.
- MEYER. — *Arch. f. klinisch chir.*, t. 103, 20 janvier 1914, p. 497.
- MICHEL. — *Bull. de Soc. de Chir. de Marseille*, t. 3, n° 8, 24 juin 1929, p. 450.
- MILLIGAN. — *British med. journ.*, London, 1919, t. 2, p. 134.
- MOCQUOT. — Machoire, *Thèse de Paris*, 1942.
- MOULONGUET. — Machoire, *Thèse de Paris*, 1942.

- NARD. — *Bordeaux Chir.*, an 6, n° 2, avril 1933, p. 133.
- PATEL. — *Traité de Chir.*, Le Dantu et Delbet, t. 29. — Hernies, p. 375, etc.
- PAVLOFF. — *Thèse de Lyon*, 1922.
- PETERS. — *Zbt. f. chir.*, 1929, p. 1769.
- PICQUÉ et POIRIER. — *Revue de Chir.*, 1891, p. 693 et 957, 1892, p. 330.
- PIMBET. — *Thèse de Paris*, 1882.
- PLACCO. — *Riforma medica.*, 2 janvier 1932, p. 20.
- PUMPLUN. — *Mediz. klin., Berlin*, 27 mai 1923, p. 793, n° 21.
— *Analysé journ. de chir.*, t. 23, p. 71.
- PUY. — *Thèse de Montpellier*, 1927.
- RICHTER. — *Munch. mediz. wochens.*, 4 août 1922, t. 69, n° 31, p. 1157.
- ROCHARD. — *Les hernies*, Doin, 1904.
- ROCHET. — *La clinique de Bruxelles*, 1891, p. 177.
- ROUVIÈRE. — *Anatomie descriptive et topographique*. Masson, édit., 1932.
- RUD (H.). — *Hosp. Tid. Kobenh.*, 1922-1923, t. 66, p. 24.
- SALMON (Michel) — *Artères des muscles, des membres et du tronc*, Masson, édit., 1933.
- SAWDAY. — *The Lancet*, 3 déc. 1921, p. 1159.
- SCHWARZSCHILD et BARDENHAUER. — *Deutsch zeitsch. f. chir.*, t. 74, 1904, p. 418.
- SHORT (Rendle). — *The Brit. med. Journ.*, n° 3252, 28 avril 1923, p. 718.
- SOHN. — *Beitr. z. klin. chir. Tubingen*, 1919, t. 118, p. 156.
- STEINEGGER — *Schw. med. wochens.*, t. 2, n° 13, p. 307, 1921.
— *Analysé Journ. de chir.*, t. 31, p. 102.
- STIRLING. — *The med. journ. of Australia, Sydney*, an 8, n° 25, 25 juin 1921, p. 519.
- STONES. — *Brit. med. journ., London*, 1917, t. 2, p. 861.
- STRATTER. — *Neder. tijds. woor Genees.*, 1905, t. 2, n° 4, p. 529.

SUERMONDE. — *Neder. tijds. voor Genees.*, an 71, t. 1, n° 25, 18 juin 1927, p. 3317. — *Analysé journ. de Chir.*, t. 31, p. 102.

TESTUT. — *Anatomie descriptive*. Doin, éditeur, 1900.

TESTUT et JACOB. — *Anatomie topographique*, t. 2, p. 835. Doin, éditeur, 1906.

THOYER ROZAT et CODET. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Radiologie Méd. de Paris*, p. 34. Séance du 13 janvier 1931.

TYZON (Wilson). — *The Lancet*, t. 2, 4 juillet 1925, p. 20.

WAKELEY. — *Brit. Journ. of Surg.*, vol. 26, janvier 1939, p. 515.

WALKER. — *Brit. Jour. of Surg.*, vol. 14, janvier 1927, p. 524.

ZWALENBURG (Van). — *Surg. and gynecology, Chicago*, avril 1913, p. 422.

ZWALENBURG (Van). — *Surg. and gynecology, Chicago*, octobre 1921, p. 429.

Nous n'avons pu consulter les observations suivantes :

BRUNSGAARD. — *Noorsk Magasin for Lægevidenskapen*, an 97, n° 3, mars 1936.

ENGBERG (B.). — *Hygeia*, 94, p. 853, 15 novembre 1932.

EUNICKE. — *Seltene hernien. Ebenda*, 1918, bd 147, s. 136.

HAINES (W.-D.). — *The Lancet clinic, Cincinnati*, 1916, t. 115, p. 508.

HAINES (R.-A.). — *Guys Hosp. Gazette, London*, 1914, t. 28, p. 171.

HISSINK. — *Nederl. Tijds. voor Genees.*, an 85, n° 36, 20 septembre 1941.

HOLGER (R.). — *Zentralorg., f. chirurg*, 1924, bd. 24.

KEPPICH (J.). — *Pest. Méd. Chir. Presse, Budapest*, 1915, Li 99.

KRYBERG (L.). — *Méd. Rev. Berge*, 1925, t. 42, p. 176.

RAWLES. — *Virginia Med. Monthly Richmond*, 1918, t. 45, p. 51.

- RICHARDSON (W.-S.). — *Guys Hosp. Gazette, London*, 1916, t. 30, p. 402.
- ROCH. — *Clinical Journal, London*, 29 janvier 1930.
- ROMBACK (K.-A.). — *Geneesk. Gids* 7: 1025, 8 novembre 1929.
- RUDLAC (F.). — *Cesep. Lek. Cesk Praha*, 1922, t. 61, p. 1249.
- SIAS. — *Gaz. Intern médico-chir.*, 17 avril 1937.
- SCHÖEMAKER (J.-S.). — *Neder. Tijds. voor Genees.*, 1918, t. 2, p. 1270.
- VASILIU (I.). — *Rev. San. Mil., Bucaresti* 35, 44-49, janvier 1936.
- WATSON (Lee. F.). — *Surg. Journ. (Chicago)*, 1921-1922, t. 28, p. 189.
- WATSON (Lee. F.). — *Illinois méd. jour., Chicago*, 1921, t. 11, p. 322.
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	13
DÉFINITION — HISTORIQUE	15
ETUDE ANATOMIQUE	20
Trou ischio-pubien	20
Branche horizontale du pubis	21
Membrane obturatrice	23
Bandelette sous-pubienne	25
Ligament pubo-fémoral	26
Muscle obturateur externe	26
— interne	29
Canal sous-pubien	30
Contenu du canal	31
Plans superficiels	38
ANATOMIE PATHOLOGIQUE	39
Trajet herniaire	39
Constitution de la hernie	42
Rapports de la hernie	45
ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE	48
Causes prédisposantes	48
— déterminantes	50
Mécanisme	50
ETUDE CLINIQUE	53
Hernie obturatrice non étranglée	53
— étranglée	55
PRONOSTIC	59
DIAGNOSTIC	60

TRAITEMENT	63
Voie abdominale	66
— crurale	68
— inguinale	70
Voies combinées	71
Laparotomie sus-crurale complétée par un temps obturateur	72
Voie abdomino-crurale	73
— crurale obturatrice	73
— inguino-obturatrice avec fermeture totale du canal herniaire	73
Fermeture du trajet herniaire	79
<i>Conduite à tenir</i>	82
Hernie obturatrice étranglée	82
— non étranglée	83
RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS	84
CONCLUSION	102
BIBLIOGRAPHIE	103

